



我 _____ 如果没有能力对于
首名 (First Name) 姓 (Last Name) 出生日期 (Date of Birth)

我的医疗保健作出的明智决定，则愿意并自愿告知我的意愿。本文档旨在补充我的医疗保健预先指示，该指示是在
(日期) _____ 命名 (代理人姓名) _____ 作为我的代理人
执行的。

如果我遇到精神健康危机，本文档包括有关指导我的医疗保健的具体说明。

I. 我的代理人对我的意见被授权医疗保健的特殊权力

如果我反对我的医疗保健代理人和医生认为需要的医疗保健，则本节包括有关我的医疗保健的具体说明。

我的代理人的权力应包括以下内容：

(划掉您不想授予代理人的所有权力。)

1. 授权让我进入法律允许的医疗机构以治疗精神疾病，即使我反对也是如此。
2. 授权法律允许且我的医疗保健代理人和医生也认为我需要的其他医疗保健，并且即使我反对。这将包括任何类型的医疗保健，除非我在本文档中，在我的预先医疗指示中或在下面的空格中以其他特定说明另行指出。

我不批准以下特定类型的医疗保健：

[要赋予您的代理人上述任何权力，您的医师或执业临床心理医师必须在以下方框中签署声明：]

我是熟悉做此医疗保健预先指导补充人员的医生或执业临床心理医师。我证明他/她目前有做出明智的决定，并且他/她了解此预先医疗指示补充第一节赋予其代理人特殊权力的后果。

医师或执业临床心理医师 (签署)
(Physician or Licensed Clinical Psychologist (signature))

医师或执业临床心理医师 (打印名)
(Physician or Licensed Clinical Psychologist (print name))

日期
(Date)

医师或执照的临床心理医师的地址
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Address)

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

弗吉尼亚州针对健康状况的预先指令补充

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions

IAH IFH IFOH ILH IMVH



II. 其他心理健康护理说明（如果有）

[如果您想提供有关心理保健的其他说明，则可以在此处进行。即使您没有代理人，也可以使用本节指导您的心理保健。如果您未给出具体指示，则在法律允许的范围内，您的精神保健将基于您的价值观和愿望（如果知道），以及其他以您最大利益为基础。]

A. 我明确指示，如果在医学上适当，我将接受以下精神保健服务：

B. 我明确指示我不会接受以下精神保健服务：

C. [代替在此表格上写说明，您可以指示根据危机计划提供精神保健服务。如果您已准备了危机计划，请选中以下框，然后将危机计划附加到此文档中。]

我指示应在法律授权的范围内，按照我在随附的危机计划中表达的偏好提供照顾。

申明和撤销权：在下面签名，我申明我了解精神卫生保健的预先医疗指示补充，并且愿意并自愿执行。我也了解，根据法律规定，我可以随时撤销全部或任何部分内容。

病人（签署）：_____ 日期：_____
(Patient (signature)) (Date)

被任命的人在我在场的情况下签署了此预先医疗指示（需要两名成人证人）：

见证人（签署）：_____（打印名）：_____ 日期：_____
(Witness (signature)) (print name) (Date)

地址：_____
(Address)

见证人（签署）：_____（打印名）：_____ 日期：_____
(Witness (signature)) (print name) (Date)

地址：_____
(Address)

译员信息（由 Inova 员工完成，如果适用）：

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

弗吉尼亚州针对心理健康状况的预先指令补充

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions