

塔夫茨醫療中心

醫療委託書 Health Care Proxy

1. 本人 _____ 地址 _____ 指定 _____

地址 _____

電話() _____ 作為本人的**醫療代理**，有權代表

本人做一切醫療決定。

(可選擇假如這位人士不在、不願意或無力去為本人服務，本人指定 _____

_____ 地址 _____
_____ 電話() _____ 作為本人的**後備代人**。

一旦主診醫生肯定本人在醫療上缺乏能力去為自己做決定和溝通時，本人就想讓這份委託書生效。

在執行醫療抉擇權時，我的代理人(他/她)應照本人的意願來做決定，假如代理人不清楚我的意願時，他或她會做出相信是本人最希望受惠的醫療決定。

2. 擇其一項:

(a)本人極想我的醫療代理遵從本人的特有指示，包括代理權力上的限制。

(請將那些指示和限制寫下)

(b)本人不想有任何指示或限制附加在我的醫療代理權上。

3. 在此，本人撤銷先前所訂的任何醫療委託書或“在生意向書”。此份委託書的

複印本和原稿都具有同等效力。

4. 委託人簽名 _____ 日期 _____

Signature of Principal

見證人聲明內容

以下簽名見證的人士皆年滿十八歲或以上，而我們非委託人的醫療代理或後備代理。就我們所知上述委託人的年齡最少有十八歲、頭腦清晰和自願地在我們見證下簽名，並未有受到強迫和不正当干擾。

Witness Statement

We the undersigned witnesses are eighteen years of age or older and neither of us is named as the health care agent of alternate. To the best of our knowledge, the above named principal is at least eighteen years of age, of sound mind, and willingly executed this document in our presence under no constraint or undue influence.

第 1 見證人	_____	第 2 見證人	_____
姓名	_____	姓名	_____
地址	_____	地址	_____
簽名	_____	簽名	_____
日期	_____	日期	_____