

## 医疗保健永久授权书（DPOAHC）问答

### 什么是医疗保健永久授权书（DPOAHC）？

DPOAHC允许您指定一位医疗保健代理人，作出有关您的医疗保健的决定。其中包括在您无法表达自己的意愿时，作出有关生命支持的决定。

### 我应当如何选择医疗保健代理人？

确保您指定担任您的医疗保健代理人的人理解您的意愿、同意尊重您的意愿、即使其他人质疑您的意愿，也将负责为您作出医疗决定。

您指定担任您的医疗护理代理人的人：

- 必须至少年满18岁且智力健全。
- 可以是家庭成员或您信任的亲密朋友，为您作出重大决定。
- 不一定是您的配偶、伴侣或与您有血缘关系的家庭成员。
- 无需住在华盛顿州，但需要在医疗紧急情况下随时可作出决定。

您指定担任您的医疗保健代理人的人不得是：

- 您的医生或您的医生的雇员。
- 您在签署DPOAHC时作为患者所在医疗机构的所有者、经营者、管理员或雇员。

### 如果我不选择医疗保健代理人，会怎样？

如果您不指定医疗保健代理人，华盛顿州法律将为您指定一位医疗保健代理人。将按照以下顺序从下表中为您选择一位代理人：

- 具有健康决策权的监护人（如果法院已指定）。
- 您的配偶或注册同居伴侣（即使你们已分居，但未合法离婚）。
- 您的成年子女。
- 您的父母。
- 您的成年兄弟姐妹。

当有多人获得授权时，例如您的子女、父母或兄弟姐妹，所有的人都必须同意。

### 如果我有同性配偶或注册同居伴侣，会怎样？

您的同居伴侣或配偶可能无权作出您的医疗保健决定，甚至当您在华盛顿州以外地区出现紧急医疗情况时无权与您取得联系。如果您在华盛顿州以外地区旅行并希望他/她为您作出医疗保健决定，请在您的DPOAHC表格上将您的同居伴侣或配偶列为您的医疗保健代理人。

## **如果法院为我指定一位监护人，会怎样？**

华盛顿州法律未规定医疗保健代理人应该是法院的监护人首选。请您的一位医疗保健代理人担任您的监护人是合乎道理的，因为这是您信任的人。法官无需指定您要求的人，但法院可能会认真考虑您的意愿。

## **我如何撤销或取消我的DPOAHC？**

您可以通过以下任何一种方法随时撤销您的DPOAHC：

- 取消、涂掉、删除、烧毁、撕掉或以其他物理方式毁掉DPOAHC，或让另一个人在您面前销毁。应销毁所有副本。
- 签署一份书面和注明日期的撤销声明。
- 口头表达您的撤销意愿。

## **我应当在哪里保存我的DPOAHC？**

将原始签名文件保存在您的代理人知道的安全但容易拿取的地点。您的DPOAHC副本与原件同样有效。将签名原件的复印件交给您的医疗保健代理人、医生、律师、家人、亲密的朋友、神职人员以及可能参与您的医疗保健的任何其他人。如果您入住疗养院或医院，请将您的文件复印件放入您的医疗记录内。为了确保可以获得您的DPOAHC，您可能需要将副本保存在您的皮夹/钱包、汽车或手提箱内。

## **如果我想要作出改动，怎么办？**

如果您想要在签署文件后作出改动，则应填写一份新文件。但是，允许更新地址或电话号码。应当在更新的栏目填写姓名首字母，并注明日期。

## **如果我到外州旅行，怎么办？**

如果旅行，您可能需要随身携带您的DPOAHC副本，因为其他州可能会遵守您的DPOAHC。虽然他们可能对公证或证人有具体的要求，但大多数州都不要求特定的表格或格式。

## **我在签署DPOAHC时是否需要证人或进行公证？**

从2017年1月1日开始，签署DPOAHC时必须要有两名证人或进行公证，才具有法律约束力。

证人必须：

- 至少年满18岁；
- 与您没有血缘、婚姻或领养关系；
- 不是您在本文件中指定的您的医疗保健代理人；
- 据您所知，不是您的遗嘱受益人，且未对您的遗产提出索赔要求；
- 未直接参与您的医疗护理；
- 不是您的医生或您可能入住的医疗机构的雇员；

2017年1月1日之前完成的DPOAHC，只要其版本在完成时符合华盛顿州法律，即具有法律效力。此外，一些州要求对DPOAHC进行公证。Fred Hutchinson Cancer Center在位于诊所三楼的患者与家庭资源中心提供免费预先护理规划文件公证服务。

以下人士的医疗保健永久授权书： \_\_\_\_\_

{在此处用大写字母填写您的姓名}

如果我无法表达自己的意愿，本文件旨在通知和指导我的医疗保健代理人。我了解在签署本指示之前，我可以添加、删除或以其他方式更改本指示中的措辞。我可以随时在本指示中添加或删除内容，任何改动均应符合华盛顿州法律或联邦宪法的规定，才具有法律效力。我在此取消我以前签署的所有医疗保健授权书。

### 1. 我希望何时应用本文件

如果由于残障或丧失能力而无法自行作出医疗保健决定，我希望应用本文件。我理解这种能力丧失可能是暂时的。我还理解如果我无法作出某些决定，我可能仍然可以作出其他决定。当我可以自行作出医疗保健决定时，我希望这样做。

### 2. 我的医疗保健代理人

我指定以下人士担任我的代理人：

我的替代代理人（选择填写）：

姓名 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

我以前曾填写 {在所有适用的栏目前填写姓名首字母}：

医疗保健指示（即生前遗嘱、预先指示） \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

维持生命治疗医生指令（POLST） \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

### 3. 我授予我的代理人以下权利

我授予我的代理人作出有关我的医疗保健所有决定的全部权利，其中包括但不限于：

- 同意、拒绝同意和撤销我的医生建议的治疗同意书，包括维持生命的治疗；
- 要求进行特定的治疗；
- 存取我的医疗记录和信息；
- 雇用和解雇医疗服务提供者；
- 更换我的医疗保险公司；
- 为我填写生命维持治疗医生指令（POLST）表格；
- 将我从任何医疗机构转至另一个机构、私人住宅或其他地方。

本信息披露授权还适用于受《1996年健康保险流通性与责任法案》（HIPAA）及其后续修订条款制约的信息。

### 4. 如果法院为我指定一位监护人

如果我已经指定一位医疗保健代理人，我希望我的代理人担任我的监护人。如果他/她不能担任我的监护人，我希望我的替代代理人担任我的监护人。如果法院决定指定其他人担任我的监护人，我请求法院要求监护人就原本需要征得我同意的所有医疗保健决定向我的代理人（或替代代理人）咨询。

### 5. 如何撤销或取消本指示

本指示可通过书面声明方式撤销，也可以通过表达撤销意图的任何其他方式撤销。但是，如果我对为我作出的某一特定决定表示不同意见，该不同意见并不构成对本文件的撤销。

TEAM

NAME

在此处放置EPIC标签

[ M ]

PT NO

[ F ]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
is an independent organization  
that serves as UW Medicine's  
cancer program.

UW Medicine



## 6. 总结和签名

我理解本文件的含义。如果我无法自行作出医疗保健决定，我指示我的代理人为我作出医疗保健决定。我自愿填写本文件，我相信我具有心智和情感能力这样做。即使我丧失能力，我希望本文件生效。

签名 {如果使用证人，必须在两位证人面前签名；如果进行公证，请公证}

日期

**注释：您必须填写第7部分（证人声明）或第8部分（公证），本文件才具有法律约束力。**

## 7. 证人声明 {在下面一行用大写字母填写您的姓名 - 不是证人的姓名}

\_\_\_\_\_是我熟悉的人，我相信他/她有能力作出医疗保健决定。我确认我至少年满18岁、与他/她没有血缘、婚姻或领养关系，而且不是他/她在本文件中指定的医疗保健代理人。据我所知，我不是他/她的遗嘱或他/她的遗嘱的任何补充部分的受益人，我没有对他/她的遗产提出索赔要求。我没有直接参与他/她的医疗保健，我不是他/她的医生或制作本文件的人可能入住的医疗机构的雇员。

证人 1

证人 2

签名

日期

用大写字母填写姓名

电话

地址

签名

日期

用大写字母填写姓名

电话

地址

## 8. 公证

华盛顿州\_\_\_\_\_县

我确认我知道或有令人满意的证据证明\_\_\_\_\_

签署了本文件，并确认这是他/她对本文件中提到的用途和目的的自由和自愿行为。

日期：20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

华盛顿州公证员

居住地点：\_\_\_\_\_

我的任命失效日期：\_\_\_\_\_

**注释：** Fred Hutch在位于诊所三楼的患者与家庭资源中心提供免费DPOAHC公证服务。

TEAM

NAME

在此处放置EPIC标签

[ M ]

PT NO

[ F ]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
is an independent organization  
that serves as UW Medicine's  
cancer program.

UW Medicine

