

# 开始对话： 让人知道您的医疗保健意愿

事前指示与  
医疗护理永久授权书  
Advance Directives and  
Durable Power of Attorney  
for Health Care (Chinese)



**MICHIGAN MEDICINE**  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

# 事前指示工具包

本工具包有五个部分。它允许您：



在开始之前：**了解事前指示。**（第 3 页）

此部分将帮助您了解医疗保健的规划和您需要完成的表格。



表格 A 部分：**让人知道您的医疗保健意愿。**（第 8 页）

您可以在此表格上写下您所希望的医疗保健，以此来帮助和指导您的患者权益维护人。通过这种方式，在您因病重而无法亲自告诉那些照顾您的人的时候，可以让他们不必猜测您的心里意愿。



表格 B 部分：**选择一位患者权益维护人。**（第 16 页）

患者权益维护人是指在您病重无法自己作决定时，可以为您作医疗决定的个人。



表格 C 部分：**签署表格。**（第 17 页）

您必须先在此表格上签名方可生效。



表格 D 部分：**要求您的患者权益维护人签名。**（第 19 页）

您的患者权益维护人必须在第 19 页上签名，表示同意担任您的患者权益维护人。

**只需要填写你想要填的部分。**

- 若您只要列出您自己的医疗保健意愿，请转到 A 部分 (第 8 页)。
- 若您只要填写患者权益维护人的姓名，请转到 B 部分 (第 16 页)。
- 若两者皆要，请填写 A 部分和 B 部分。

**签署 C 部分（第 17 页）的表格时，务必要有两个见证人。**



## 事前指示核对清单

在考虑个人喜好和完成这本小册中的表格时，您可使用此核对清单作为帮助和指南。

- 从头至尾完整阅读本手册。
- 写下您的所有问题。
- 与您的医生、家人、朋友和心灵精神导师讨论您的问题。
- 确认某人作为您的患者权益维护人（和一位备选的患者权益维护人）。
- 与此人相谈，确保他们愿意成为您的患者权益维护人。告诉他们您的意愿。
- 完成本册中的 A 部分（让人知道您的医疗保健意愿）和 B 部分（指定患者权益维护人）。
- 确认 2 人作为您的见证人，他们不能是您的患者权益维护人、家庭成员，或隶属于您的医疗保健团队。
- 在见证人面前签署表格。
- 请见证人在表格上签名。
- 请您的患者权益维护人在表格上签名。
- 将已签名的表格复印几份。
- 自己保存一份复印件。保存在一个安全又容易取拿的地方。
- 将复印件交给您的患者权益维护人、医疗保健提供者、家人和朋友。
- 定期审阅本文件。



## 在您开始之前

### 为什么规划医疗保健如此重要呢？

您随时都有权参与有关您所接受的医疗保健的任何决定。然而，没有人知道未来会如何，也许有一天您会有无法自己作决定的时候。通过阅读这份写明了您的医疗保健意愿的小册子，可以确保您亲近的人和为您提供医疗保健的人知道您将会为自己作出怎样的决定。

### 我当如何开始？

写下你的喜好是开始规划您的医疗保健的一种很好的方式。**事前指示**是有关您的医疗意愿的书面声明。在密西根州，**医疗护理永久授权书（DPOA-HC）**是使用最为广泛的事前指示。**DPOA-HC** 允许您指定您的患者权益维护人，在密西根州属于法律文件。

### 什么是患者权益维护人？

**患者权益维护人**是指在您病重无法自己作决定时，可以为您作出医疗决定的个人。在您的 DPOA-HC 中指定一位患者权益维护人。只有经 **2 位医生** 同意您已无法自己作决定，并且记录在您的病历里，患者权益维护人才能为您作出医疗决定。您的患者权益维护人为您作出的决定是在您自己有能力时被要求作出的决定。

### 我应该选谁作为我的患者权益维护人呢？

一位家庭成员或朋友，他/她：

- 至少 18 岁。
- 非常了解您。
- 在您需要他/她的时候，他/她可以在您的身边。
- 您相信他/她会为您做最好的决定，并遵行您的意愿，即使他/她并不赞同您的意愿。
- 可以告诉您的医生有关您的医疗保健意愿。

## 若我不选择患者权益维护人，会如何呢？

- 若您重病无法自己作决定，您的医生可能会请你最亲近的家庭成员为您作决定。
- 若您的家庭成员不能作出决定或就某项决定达成一致，法官可委任某人为您作决定。
- 即使你不选择患者权益维护人，您仍会获得治疗。

## 我的患者权益维护人可以为我做哪些决定？

根据您的意愿，您的患者权益维护人可以：**同意、拒绝、更改、停止或选择**以下的情形：

- 医生、护士、社工
- 医院或诊所
- 药物、检查或治疗
- 您是否接受生命支持治疗
- 您是否进行手术
- 是否送您去医院或疗养院
- 您得到何种舒适护理，包括安宁照护

您的患者权益维护人可以依据您的医疗记录作出这些决定。

法律界定您在医疗法定代理文档中所列出的患者权益维护人为**代理决策者**。这表示他们将为您作出医疗决定。这就是为什么向您的患者权益维护人分享您的意愿是非常重要的。

在这份表格上写下您的喜好可以作为您的患者权益维护人和医生的指南，但它们并无法律约束力。

正确完成的 DPOA-HC 是法律所承认的，并在您无法作决定时，允许您的患者权益维护人为您作出医疗决定。

## 填完表格并且每个人都签名后，我该如何处理该表格呢？

- 将表格的复印件交给您的医生办公室或医院，这样该文件扫描后可存入您的医疗记录。
- 与其他照顾您的人分享该表复印件，诸如：
  - 您的患者权益维护人
  - 您的所有医生
  - 护士
  - 社工
  - 家人和朋友
- 自己保存一份复印件，存放在一个安全又容易找到的地方。



与您的患者权益维护人谈论您的选择。

## 我可以改变主意吗？

- 您可以随时改变主意。
- 患者权益维护人必须遵守任何关于医疗的口头意愿，即使它与您在表中所填写的有所不同。
- 若您改变主意，您最好另填新表并签名。
  - 将更改内容告诉那些照顾您的人。
  - 将新表格交给您的患者权益维护人和医生。

## 若我对表格有疑问呢？

- 将表格交给您的医生、护士、社工、患者权益维护人、家人或朋友，请他们来回答您的问题。

## 若我想要写下的医疗保健意愿未列入此表呢？

- 将您的意愿写在一张纸上，在纸上签名并注明日期。
- 将该纸与表格放在一起。
- 向那些照顾您的人分享您的意愿。

## 我可从何处得到更多信息？

询问您的医疗保健提供者，如：你的医生或该办公室的社工。若您想要跟社工交谈，请致电宾客协助计划，电话号码：800-888-9825。他们将会为您提供帮助。

你也可以访问密西根大学患者教育交流中心网站的预先医疗规划页面

<http://careguides.med.umich.edu/advance-directives>。

在该网站，你可以找到更多关于预先医疗规划和事前指示的信息，包括：



- 关于预先医疗规划和事前指示的常见问题。



- 更多的事前指示文件，包括：拒绝复苏 (DNR) 声明、精神卫生保健选择永久授权委托书 (DPOA-HC)，以及丧葬代表指定表格。



- 可帮助您填写意愿的更多资源，包括：生前遗嘱表格和对话工具。



让人知道您的意愿

和

指定您的患者权益维护人 (DPOA-HC)

Making Your Wishes Known

and

Naming Your Patient Advocate (DPOA-HC)



## A 部份：让人知道您的医疗保健愿望

使用本节来说明您对医疗保健的喜好。

本节在密西根州不具有法律约束力，但它却可以作为您的医生和患者权益维护人的有用指南。您可以回答或跳过 A 部份的任何问题。

### 你对生命的看法

#### Your Thoughts on Life

当想到让您值得活下去的事，以下哪一项适用于您：（选择一项）

When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

- 无论我病得多重，我的生命总有存在的价值。

My life is always worth living, no matter how sick I am

- 只有当我仍可以做一些对我有意义的事情时，我的生命才有存在的价值。

My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.

- 我不确定。

I am not sure.

若您选择第二个选项，请在您最同意的所有句子旁划 (X)：

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

我的生命有存在的价值，若是我可以：

My life is only worth living if I can:

- 跟家人或朋友交谈。

Talk to family or friends.

- 从昏迷中苏醒。

Wake up from a coma

- 吃饭、沐浴，或照顾自己。  
Feed, bathe, or take care of myself.
- 完全没有疼痛。  
Be free from pain.
- 不必依赖机器生存。  
Live without being hooked up to machines.
- 住在家里（而不是在疗养院）。  
Live at home (as opposed to a nursing home).
- 其它： \_\_\_\_\_  
Other
- 我不确定。  
I am not sure.

临终时，我宁愿死于：（选择一项）

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

- 家中。  
At home
- 机构里（医院、安宁病房或疗养院）。  
At a facility (hospital, hospice, or nursing home).
- 我不确定。  
I am not sure

宗教或精神信仰对您重要吗？

Is religion or spirituality important to you?

- 否  
No
- 是  
Yes

若您有宗教信仰，那您的宗教是什么？ \_\_\_\_\_

If you have one, what is your religion?

关于您的宗教或精神信仰，您的医生应该知道些什么？

What should your doctors know about your religion or spirituality?

---



---



---

我不确定。

I am not sure.

对于您的葬礼或纪念仪式，您有任何期望吗？您可以提出包括音乐、诵读，或者其它您可能有的任何请求等信息。

Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

---



---



---

我不确定。

I am not sure.

您有任何其它对生命的意愿或想法要分享的吗？您可以提出包括您想要如何治疗、让您感到舒适，或其它您可能有的任何请求。

Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

---



---



---

我不确定。

I am not sure.

## 您关于器官捐赠的意愿

### Your Wish about Organ Donation

您的医生可能询问您关于离世后的器官捐赠。捐赠（给与）您的器官可以帮助拯救生命。请告诉我们您的意愿。

若您的患者权益维护人不是您的至亲，但您想在离世后患者权益维护人以您的名义作出选择，请完成丧葬代表指定表。

在您最同意的选项旁划（X）。

Put an (X) next to the one choice you most agree with.

我要捐赠我**所有的**器官。

I want to donate all my organs.

我只要捐赠以下器官：

I want to donate only these organs:

-----

我**不要**捐赠任何器官。

I **do not** want to donate my organs.

我要我的**患者权益维护人**替我决定。若您让您的患者权益维护人作决定，他们可以在您离世后作出选择。

I want my **Patient Advocate** to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.

我不确定。

I am not sure.

您对器官捐赠是否还有其它想法？

若有，请在这里填写。

Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 让人知道您对生命支持的愿望

若您不能为自己说话，您的患者权益维护人将为您作关于生命支持的决定。生命支持治疗是以医疗护理的方式来试图帮助您活得更长久。



与您的医疗保健提供者、你的家庭和患者权益维护人谈论您想要或不想要的治疗。

大部份的医学治疗可以首先进行尝试，若没有帮助时便可停止。与您的保健医疗提供人员谈论有关这些选择是很重要的。

若您生病了，您的医生和护士总是会尽力让您感到舒适，并尽量减轻您的痛苦。他们会尽力尝试最适合您的医疗。

在您做出选择之前，请阅读下面所有的选项。选择一个选项。

若我病重濒临死亡：

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

- 我希望医生们能尝试**所有**他们认为可能有帮助的治疗方法, 包括生命支持, 即使它可能不会帮助我有所好转。

I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

- 我希望医生尝试一切他们认为能够帮助我的方法。但是若我病得太重且病情好转的希望微小，我**不要**使用机器来维持生命。

I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

- 我想死于自然离世。我不要任何**生命支持**治疗。

I want to die a natural death. I want no life support treatments.

- 我希望我的患者权益维护人借助我的医生所提供的信息和我对生命的看法来替我作决定。

I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

- 我不确定。

I am not sure.

若您对治疗有任何具体的喜好，请在这里填写：

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

---



---



---



---



---



---



---



---

临终时，您的患者权益维护人可以：

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- 联络心灵精神领袖到场。  
Call in a spiritual leader.
- 登记住入安宁照护。  
Enroll you in hospice care.
- 如可能的话，决定您在家里或在医院里离世。  
Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.

- 确保您的舒适及疼痛的控制。  
Ensure your comfort and pain control.

我对医疗保健的其他意愿:

My other wishes for my health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 您对您的患者权益维护人的指示

若您想让您的患者权益维护人在您病情危重时作出允许您死亡的决定，请在下面的声明后签名。

当您授予您的患者权益维护人该项权力时，密西根州法律将允许您的患者权益维护人拒绝或停止生命支持治疗或心肺复苏（CPR）。

若您想要给予您的患者权益维护人该项权力，请在下面签名。若您不愿授予您的患者权益维护人该项权力，您可以跳过本节。



我希望我的患者权益维护人能够就有关生命支持和治疗方式作决定，可以在我病情危重时允许我死亡。在作此类决定时，我希望我的患者权益维护人能够遵照我所提供的指示行事。

I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

---

要赋予您的患者权益维护人此项权力，请在此处签署您的姓名。

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate



出示这份表格给您的患者权益维护人过目。  
告诉他们您想要何种医疗照护。

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**



**B 部分：指定一位患者权益维护人**

您的姓名 Your Name

出生日期 Date of Birth

您的**患者权益维护人**是指在您病重无法自己作决定时，可以为您作医疗决定的个人。

若您病情危重，经 2 位医生判定您无法自己作医疗决定时，他们将请您的患者权益维护人为您作决定。选择您信任的人来作出您想要的决定。倘若您的第一人选无法做到，您也可以另指他人或多人为您作决定。这些额外人选将是继任者或后备患者权益维护人。

若我再也无法为自己作出医疗决定时，我希望此人成为我的患者权益维护人。

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself.

名 First Name

姓 Last Name

街道住址 Street Address

城市 City

州 State

邮政编码 Zip

家庭电话号码 Home phone

工作电话号码 Work phone

手机号码 Cell phone

若第一人选无法行使权利，那么我希望在我无法作医疗决定时，这个人可以作为继任的患者权益维护人为我作出决定。

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

名 First Name

姓 Last Name

街道住址 Street Address

城市 City

州 State

邮政编码 Zip

家庭电话号码 Home phone

工作电话号码 Work phone

手机号码 Cell phone

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)****C 部份：签名**

在事前指示生效之前，您必须：

- 在本表格的第 18 页上签名。
- 请 2 位见证人在本表格的第 18 页上签名。

您的见证人必须：

- 至少年满 18 周岁。
- 目睹你签署此表格，并在同一天签名。

您的见证人不可以是：

- 您的患者权益维护人。
- 您的医疗保健提供者。
- 为您的医疗保健提供者工作。
- 在您住的地方工作（若您住在疗养院或集体之家）。
- 您的配偶、父母、孩子或孙子、或兄弟姐妹。
- 在您去世后会有财产受益者（得到任何金钱或财产）。
- 为您的保险公司工作。

您的 2 位见证人不需要阅读此事前指示。

他们**需要**目睹您在表格上签名，同时他们也需要在同一天签名。

他们签字承诺，您在表格上签字时思维清晰，并非被迫签字。您的见证人可以是邻居、教会教友或朋友。

你**不需要**请公证人或律师填写此表。

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)****1.您的签名 Your Signature**

签署您的姓名 Sign your name

日期 Date

名（印刷体） Print Your First Name

姓（印刷体） Print your Last Name

街道住址 Street Address

城市 City

州 State

邮政编码 Zip

出生日期（月/日/年） Date of Birth (Month/Day/Year)

**2.见证人签名 Witnesses' Signatures**

通过签名，我保证我目睹了 \_\_\_\_\_ 签署此表格。  
(患者姓名)

By signing, I promise that \_\_\_\_\_ signed this form while I watched.  
(patient name)

他 / 她表现思维清晰，并非被迫签字。

They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

**见证人 #1 Witness #1**

签署您的姓名 Sign your name

日期 Date

名（印刷体） Print Your First Name

姓（印刷体） Print your Last Name

街道住址 Street Address

城市 City

州 State

邮政编码 Zip

**见证人 #2 Witness #2**

签署您的姓名 Sign your name

日期 Date

名（印刷体） Print Your First Name

姓（印刷体） Print your Last Name

街道住址 Street Address

城市 City

州 State

邮政编码 Zip

**DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)**



**D 部分：患者权益维护人同意接受授权**

您的患者权益维护人必须阅读并签署本表格。

身为患者权益维护人：

- 您应该总是以病人的最大利益而非您自己的利益来行事。
- 只有经过 2 位医生同意因患者病重无法自行决定后，您才能开始为病人作决定。
- 那些病人通常不能作出的决定您也不能代为作决定。
- 您没有权力阻止怀孕患者的治疗，如果这可能导致她死亡的话。
- 若他/她早已明确交代您可以作出此项决定，那么您可以决定终止或不开始治疗而让病人自然离世。
- 患者权益维护人的身份是不可收费的，但您可以拿回您花在病人身上的医疗费用。
- 您应当帮助保护病人的法律所规定的的权益。
- 您不能作出违背病人的器官捐赠意愿的决定。
- 病人可以随时免除您担任他/她的患者权益维护人。
- 您可以随时卸任他人的患者权益维护人。

通过签署，表示我理解这份文件的内容，我将成为 \_\_\_\_\_（患者姓名）的患者权益维护人。

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I will be the Patient Advocate for \_\_\_\_\_ (name of patient).

患者权益维护人的签名  
Patient Advocate's Signature

日期  
Date

第 2 位患者权益维护人的签名  
2nd Patient Advocate's Signature

日期  
Date



如果您愿意, 请完成下面的卡片并将其放入您的钱包中:

<hr/>		
您的姓名 (印刷体)	签名	日期
<input type="checkbox"/> 我有一份医疗护理永久授权书		
我已经和我的患者权益维护人、家人和医生讨论了 我的医疗保健。若我无法表达自己的意愿, 请联 系:		
<hr/>		
权益维护人姓名	电话号码	

<hr/>		
Print your name	Signature	Date
<input type="checkbox"/> I have a Durable Power of Attorney for Health Care		
I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:		
<hr/>		
Advocate Name	Telephone Number	

(c) 2017 密西根大学董事会。事前指示: 《在您病重时就如何治疗拥有话语权》在 [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#) 许可下可以获取。

改编自:

- [加州医疗照护事前指示](#), (c) 2015 年 丽贝卡·苏朵儿, MD。在 [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#) 许可下可以获取。
- [亨利·福特医疗系统事前指示与医疗护理永久授权书](#)。(以上所述文件的衍生作品)。在 [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License](#) 许可下可以获取。

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adapted from:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System](#). (Derivative work of the above). Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License](#).



**MICHIGAN MEDICINE**  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

# Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator  
Michigan Medicine  
2901 Hubbard  
Ann Arbor, Michigan 48109-2435  
Phone - (734) 936-6439  
Fax - (734) 347-0696  
Email - MichMed\_patients\_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities

as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. اتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم **734-936-7021**. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمرضى، يرجى أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميشيغان".

如果您说中文，您可以获得语言协助的免费服务。请拨打 **877-810-4720**，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 734-936-7021 로 연결해 주도록 요청하십시오. 환자로써의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chiedi di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。855-322-5032 に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお願いください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディシンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شمار **844-562-3983** ه در دسترس سان میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماری ه دفتر ترجمه ی ما با **734-936-7021** تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقته اضا کنید.

अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।