



填写并上传您的免费预先护理计划



欢迎！

感谢您采用这一重要步骤，确保在发生医疗危机时我们可以了解您的意愿。与以往相比，现在在紧急情况发生之前做好计划尤为重要。

此次预先计划的过程称为预先护理计划。本计划是用来确定并写下您想要的医疗保健类型，以及您可以指定一名人员（医疗代理人），您可以在您无法自主表达意愿时为您表达。如果没有预先护理计划或医疗代理人，您所爱的人和医生可能会届时做出无法反映您意愿的决定。想了解更多有关预先护理计划和如何选择医疗代理人的中文信息，请访问Voice Your Choice中文页面中 [Community Resources](#)选项。

Voice Your Choice很荣幸可以为您提供一种在线工具，使您可以在紧急情况下或不同医疗场所都能轻松查询到您的预先护理计划。我们致力于帮助您创建在线的预先护理计划。这本详细的分步手册将指导您完成整个过程。如果您想浏览其他工具、视频和资源，或者您需要更多支持，请访问中文页面[Voice Your Choice page](#)。我们希望本指南以及Voice Your Choice的所有材料对您有所帮助。您可以随时与您的朋友、家人、邻居和同事分享这些资源。

目录

下载您免费的“五个愿望”预嘱	3
第一步：下载“五个愿望”预嘱表单	3
填写您的“五个愿望”预嘱	5
第一步：查看并填写“五个愿望”预嘱表单	5
第二步：与您所爱的人及医疗团队交谈	11
第三步：完成并签署您的“五个愿望”预嘱	11
第四步：“五个愿望”预嘱需有两名见证人签字	12
第五步：扫描并保存您已完成的“五个愿望”预嘱	13
上传您已完成的“五个愿望”预嘱	13
第一步：登录 Voice Your Choice 网站	13
第二步：注册您的帐户	14
第三步：上传您已完成的“五个愿望”预嘱	19
第四步：查看并替换您上传的“五个愿望”预嘱	23
可选部分一身份验证步骤	26
第一步：登陆账户并进入 My Dashboard	26
第二步：填写附加身份信息	27
第三步：验证您的信息或退出身份验证步骤	28

下载您免费的“五个愿望”预嘱

第一步：下载“五个愿望”预嘱表单

创建一个预先护理计划（也称为预先指示或生前预嘱）最简单、最常见的办法即填写预格式化文档。Voice Your Choice与“五个愿望”合作，为您提供了六种语言（包括中文）的表格副本。我们购买的“五个愿望”中文表格数量有限，将按照先到先得的原则向您免费提供。

您可以通过访问以下网址免费获取“五个愿望”表格：

<https://fivewishes.org/five-wishes-vyc-chinese>。请注意，每个电子邮件地址最多只能下载一个免费表格。要下载中文表格，请参照以下步骤：

1. 使用浏览器并访问：<https://fivewishes.org/five-wishes-vyc-chinese>。您会看到下图所示表格。
2. 确保语言下拉菜单显示为繁体中文。
3. 填写表格其他部分并点击创建五个愿望按钮。

The screenshot shows the registration form for FIVE WISHES. The form includes the following elements:

- Header: FIVE WISHES logo, Checkout (0), Store, and Donate buttons.
- Navigation: Healthcare Organizations, Businesses, Communities, Individuals and Families, Who We Are.
- Form Fields: 邮箱 * (Email), 姓名 * (Name), 出生日期 * (Date of Birth).
- Language Selection: 语言 (Language) dropdown menu with 繁體中文 (Traditional Chinese) selected, highlighted with a red box and arrow labeled '2'.
- Country Selection: 国家 (Country) dropdown menu with Alabama selected.
- Terms and Conditions: 同意条款 (I agree to the terms) checkbox.
- Buttons: 创建五个愿望 (Create Five Wishes) button highlighted with a red box and arrow labeled '3', and 重置 (Reset) button.

该网站将显示一个按钮，供您下载“五个愿望”预嘱表单。单击此按钮并将表单保存到您的计算机。您将需要使用阅读器（Adobe Acrobat Reader）打开文档并进行查看。



您还将收到一封“五个愿望”的电子邮件，并附有模板表格。您可以将该文档保存到您的计算机，并用上述步骤中相同的方式进行查阅。



*** 重要提示：**如果免费的“五个愿望”表单已使用完毕，您需要在以下网址购买一张：<https://fivewishes.org/shop/order/product/five-wishes-advance-directive>.

填写您的“五个愿望”预嘱

第一步：查看并填写“五个愿望”预嘱表单

您下载的“五个愿望”预嘱表单是一个“可填写的”PDF文件。这意味着您可以直接在计算机上填写该表，或者您也可以打印出来手动填写。如果用鼠标在计算机上填写，您可以单击浅蓝色文本框插入文本，也可以用鼠标选中或取消任何选项。无论选择哪种方式，完成表格填写后，您必须打印该表供您及您的见证人签名。

“五个愿望”预嘱包含的所有指示均有中文，您需要完成该表。请先阅读说明，继而阅读每个愿望的所有选项。如果您有任何疑问或话题需要与您的家人及所爱之人讨论，请务必记录下来。

在之后几页中，我们会指导您填写“五个愿望”文件。请注意，一些说明所提供的信息仅供在马里兰州创建预先护理计划。

我居住州的《五个愿望》

《五个愿望》是透过美国律师协会的协助撰写完成。如果您居住在哥伦比亚特区或多数州内，您可以使用《五个愿望》并放心了解它能永久符合您的州内法规。如果您居住在六个州之一（印第安纳、堪萨斯、新罕布夏、俄亥俄、奥勒冈或德州）您仍可以使用《五个愿望》，但是您可能需要采取其他步骤。请造访网站了解：FiveWishes.org/states

重要提示！ 只有在两名合格证人签名并见证的情况下，“五个愿望”预嘱才能马里兰州生效。

第一個願望 — WISH 1

在我無法作出醫療決定時替我作主的人。

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

如果我無法再為自己作出醫療決定，本文件指定了我所選擇，將代我作出決定的人選。此人將成為我的「醫療代理人」(Health Care Agent) (或其他用於各州的稱呼，例如 proxy、representative 或 surrogate)。該人選將在以下兩種條件皆成立時，為我作出醫療決定：

- 我的主治或醫療醫師判定我無法再作醫療決定，以及
- 另一位醫護專業人員同意這名醫師的判斷。

如果本州使用其他的方式來判定我是否能夠作出醫療決定，則應遵照本州規定的方式進行。

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND
- Another health care professional agrees that this is true.

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

- 只有当您无法自主表达时，医疗代理人才可以代您的行使您的医疗愿望。如果您可以在紧急医疗情况下自主表达，那么您的医护人员将寻求并遵循您的指示。医疗代理人无权代表您做出任何财务决定。
- 在电脑上填写表格时，请记得选中“愿望 1”中所有您不同意的叙述旁边的复选框。如果您填写打印的副本，则请划去“愿望 1”中所有您不同意的叙述。
- 如果您需要在“愿望 1”中添加未包含的内容，您可以使用中文写入。但是如果可能，请您也添加相应英文，这样更便于医护人员阅读。

第二個願望 — WISH 2

我想接受或不想接受的治療

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

我 相信我的生命很珍貴，而且應保有自己的尊嚴。當我病重到無法為自己發言時，我希望以下意願以及我給予醫療代理人的任何其他指示能獲得尊重和實現。

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

- 记住要在“愿望 2”的多个选项中进行选择。该愿望下设有三个多选题，请在每个多选题中都选择一个选项。
- 在电脑上填写表格时，对于每个多项选择题，请记得选中“愿望 2”中您同意的叙述旁边的复选框。如果您填写打印的副本，对于每个多项选择题，请选中“愿望 2”中您同意的叙述旁边的复选框。每个多项选择题仅选择一个选项。
- 如果您需要在“愿望 2”中添加未包含的内容，您可以使用中文写入。但是如果可能，请您也添加相应英文，这样更便于医护人员阅读。

第三個願望 — WISH 3

我想要的舒適

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(請劃掉任何您不同意的項目。)

(or place an X in the box to cross out the statement)

我不希望受苦。我希望我的醫生能給我足夠的藥物，減輕我的痛苦，即使這些藥物會讓我感到嗜睡或睡得更多。

如果我出現憂鬱、嘔吐、呼吸急促或幻覺的徵兆，我希望我的照護人員盡一切可能來幫助我。

當我發燒的時候，我希望在額頭上放一塊清涼的濕布。

我希望我的嘴唇和口腔能保持濕潤，避免乾燥。

(Please cross out anything that you don't agree with.)

• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.

• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.

• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.

• I want my lips and mouth kept moist to stop

- 在电脑上填写表格时，请记得选中“愿望3”中所有您不同意的叙述旁边的复选框。如果您填写打印的副本，请划去“愿望3”中所有您不同意的叙述。
- 如果您需要在“愿望3”中添加未包含的内容，您可以使用中文写入。但是如果可能，请您也添加相应英文，这样更便于医护人员阅读。

第四個願望 — WISH 4

我希望別人對待我的方式

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(請劃掉任何您不同意的項目。)

(or place an X in the box to cross out the statement)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

<input type="checkbox"/> 我希望儘可能有人能陪著我。我希望在我隨時可能死亡的時候，會有人在我身邊。	<input type="checkbox"/> I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.
<input type="checkbox"/> 我希望儘可能有人能握著我的手，對我說話，即使我對聲音或身體的接觸沒什麼反應。	<input type="checkbox"/> I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.
<input type="checkbox"/> 我希望儘可能有人在我身邊為我祈禱。	<input type="checkbox"/> I wish to have others by my side praying for me when possible.
<input type="checkbox"/> 我希望有人將我生病的消息告訴我所屬信仰的團體之成員，請他們為我祈禱，並且來探望我。	<input type="checkbox"/> I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray

- 在电脑上填写表格时，请记得选中“愿望 4”中所有您不同意的叙述旁边的复选框。如果您填写打印的副本，请划去“愿望 4”中所有您不同意的叙述。
- 如果您需要在“愿望 4”中添加未包含的内容，您可以使用中文写入。但是如果可能，请您也添加相应英文，这样更便于医护人员阅读。

第五個願望 — WISH 5

我想對我心愛的人說的話

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(請劃掉任何您不同意的項目。)

(or place an X in the box to cross out the statement)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

<input type="checkbox"/>	我希望我的家人和朋友知道，我愛他們。	<input type="checkbox"/>	I wish to have my family and friends know that I love them.
<input type="checkbox"/>	如果我曾經傷害過我的家人、朋友和其他人的話，我希望獲得原諒。	<input type="checkbox"/>	I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.
<input type="checkbox"/>	如果我一生中曾有家人、朋友和其他人傷害過我，我希望他們知道，我原諒他們。	<input type="checkbox"/>	I wish to have my family, friends, and others know that I forgive them for when they may have

- 建议在此愿望中包含您的文化或宗教信仰。当您对自己的护理和医疗方式做出偏好选择时，可以反映出这些信念。
- 在电脑上填写表格时，请记得选中“愿望 5”中所有您不同意的叙述旁边的复选框。如果您填写打印的副本，请划去“愿望 5”中所有您不同意的叙述。
- 如果您需要在“愿望 5”中添加未包含的内容，您可以使用中文写入。但是如果可能，请您也添加相应英文，这样更便于医护人员阅读。

第二步：与您所爱的人及医疗团队交谈

在阅读“五个愿望”预嘱之后，至关重要的是您要与您选中的医疗代理人讨论自己的意愿和指示，以便他们可以在您无法自主表达时遵循您的偏好治疗方式。这一点在“五个愿望”指示与所提供的医疗治疗选项不完全匹配时至关重要。

同样重要的是您还应该与家人和所爱的人分享您的愿望和指示。这将有助于他们处理您的医疗紧急情况并减少潜在分歧。与您的精神顾问或心理健康支持聊一下您的偏好，也会有所帮助。

谈论预先护理计划可能让您觉得难以启齿。请参见我们网站中文页面 [resources](#) 来获取对话指南及提示。

第三步：完成并签署您的“五个愿望”预嘱

与您的医护人员及您所爱的人讨论之后，您就可以最终确定您的“五个愿望”预嘱了。如前所述，您可以在电脑上填写表格，也可以在打印后手工填写。请在遵循您的记录，并在与您的医护人员、医疗代理人及您所爱的人进行相应讨论的基础上，仔细完成表格填写。

当您对填写的表格满意后，请打印、签名和注明日期，并写下其他要求的信息。

簽署《五個願望》意願書

請務必在兩名見證人的見證下，在您的《五個願望》意願書上簽字。

本人 _____ 請求我的家人、我的醫生和其他醫療服務提供者、我的朋友以及其他所有人都能遵照我的願望。這些願望將由我的醫療代理人(如果我已指定，並且能與之聯繫)代為傳達，或透過本意願書表達。本意願書在我無法作出決定或不能為自己發言時即開始生效。如果本意願書中的任何部份無法依法執行，我要求本意願書中的其他部份仍然能夠執行。我同時撤回我先前簽訂過的任何生前預囑。

簽名 *Signature*

Signing My Five Wishes

Please make sure you sign your Five Wishes in the presence of two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

地址 *Address*

電話 *Phone*

日期 *Date*

地址(續) *Address (cont.)*

第四步：“五个愿望”预嘱需有两名见证人签字

要使您的“五个愿望”预嘱成为完全合法的文件，还需要两个人见证并签名，以证实签名确实是您本人所签。请您的见证人阅读“五个愿望”表格中的见证人声明，并在空白处签名。请确保见证人符合所有列明的要求。

見證人聲明 · (需兩名見證人)

本人身為見證人，茲聲明該簽署或同意接受本意願書之人(以下簡稱「簽署人」)與本人私下相識，並於本人在場時，簽署或同意接受本「醫療代理人和/或生前預囑表格」。簽署人之神智清楚，且未受到強迫、欺騙或是不適當的影響。

本人同時聲明，本人已年滿 18 歲(如果在阿拉巴馬州則為 19 歲)，並且不是：

- 由此文件所指定的代理人/指派人/替代人/病人權益維護者/代表或他/她的繼承人，
- 簽署人之醫療服務提供者，包括為簽署人提供

Witness Statement · (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age (19 in Alabama) and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,

在马里兰州，您无需对您的预嘱进行公证。如果您居住在另一州，请检查是否需要公证人。

第五步：扫描并保存您已完成的“五个愿望”预嘱

当您的两个证人签署了填写完毕的“五个愿望”预嘱，该文件在马里兰州即被视为合法。为了使您的医护人员在紧急情况下更容易访问该文档，建议您将您的预嘱上传到 **Voice Your Choice** 在线平台。此平台与一个健康信息工具集成在一起，可供医护人员于紧急情况下在治疗患者之前收集重要的医护信息。

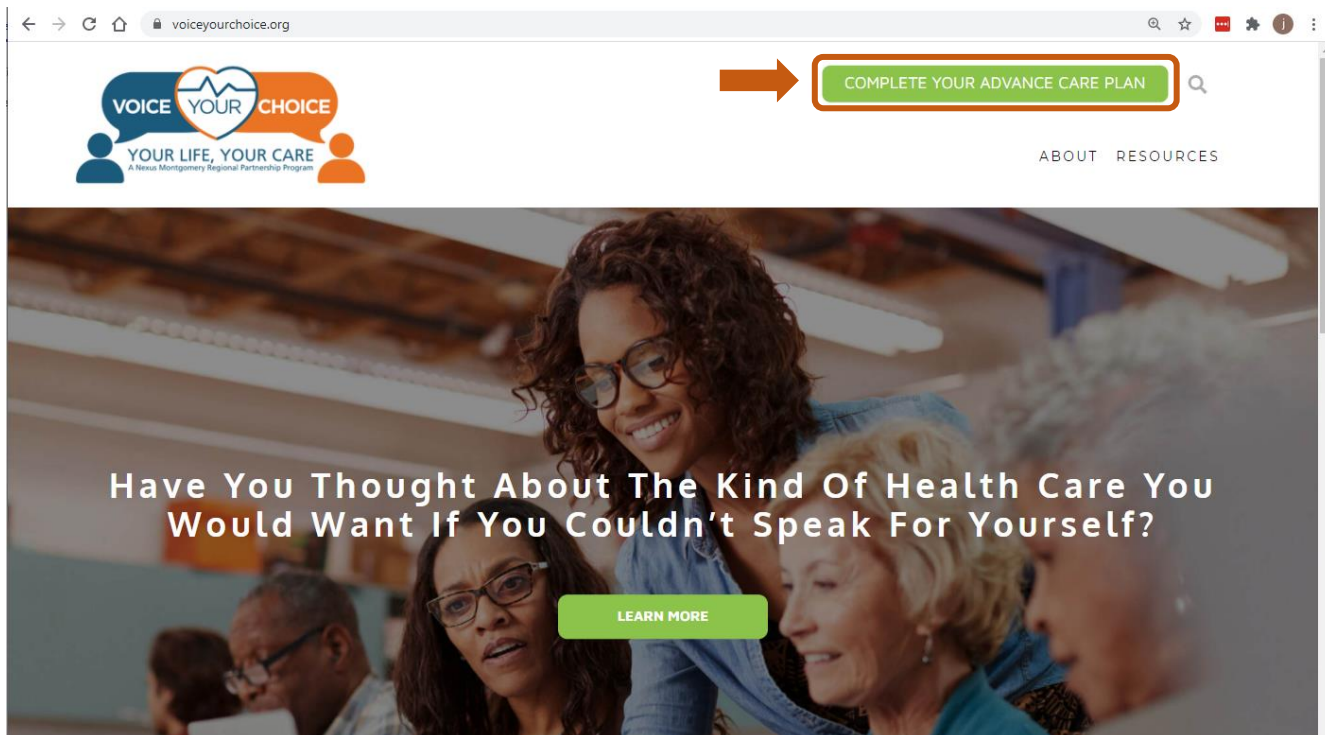
要上传已完成的预嘱文件，您需要将其扫描并将其保存在计算机上。扫描之后，请将纸质文档安全存放。建议您将已签署的预嘱咐文件副本分别交由您的医疗代理人、主要医护人员以及对您来说最重要的人来保管。

上传您已完成的“五个愿望”预嘱

第一步：登录 **Voice Your Choice** 网站

想上传您的文档，首先请用您的浏览器（例如谷歌、火狐及 Edge 浏览器）登录 **Voice Your Choice** 网站：www.VoiceYourChoice.org（参见下方图片）。

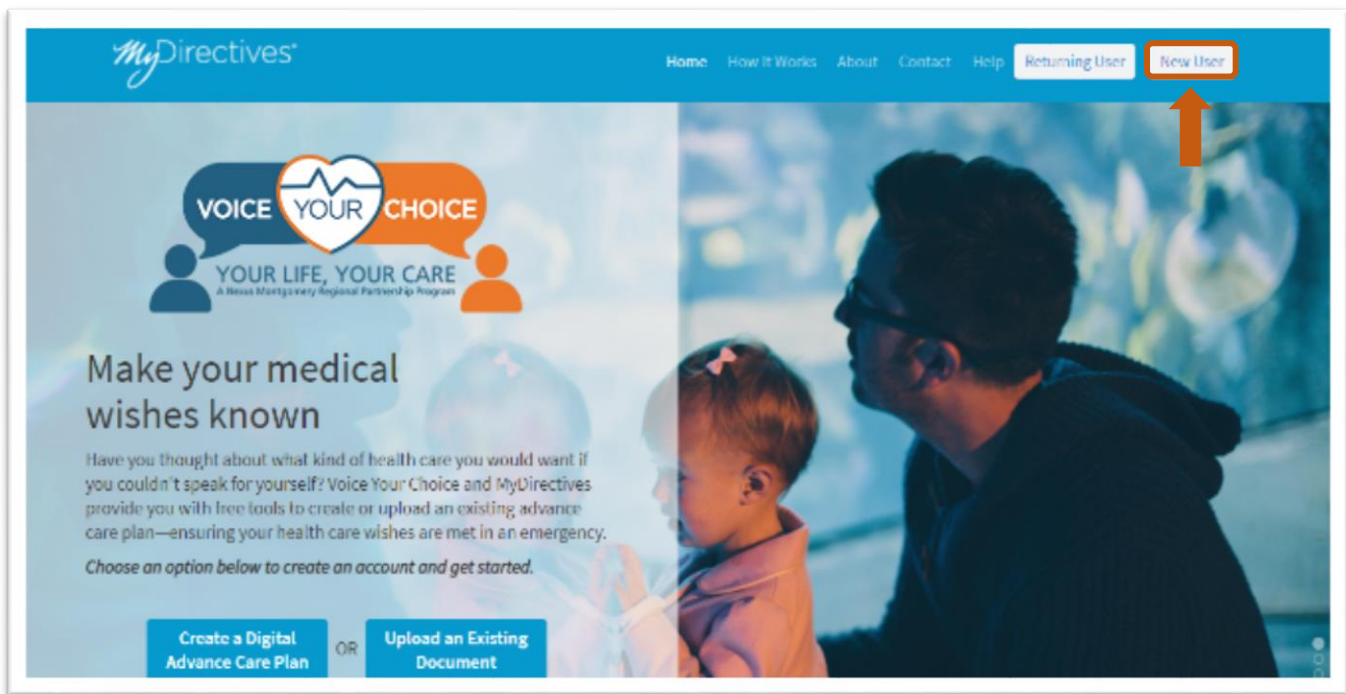
点击“**COMPLETE YOUR ADVANCE CARE PLAN**”绿色按钮。点击之后，会自动打开一个新的页面，带您进入在线预先护理计划平台。



第二步：注册您的帐户

Voice Your Choice与MyDirectives合作，为您提供此免费的在线预先护理计划平台。

当平台页面加载完毕，请点击“*New User*”按钮：



创建您的线上账户:

1. 填写您的姓名。
2. 填写一个用户名。
3. 填写您的个人邮箱地址（请不要用工作邮箱）。
4. 提供您的电话号码（选填）。
5. 点击三项日期下拉菜单填写您的生日。
6. 或者，您可以使用Facebook或您的Apple ID进行注册。
7. 完成填写后，请点击“**SUBMIT**”按钮。

6 → Sign up with Facebook f Apple Continue with Apple

1 → First Name [input] Last Name [input]

2 → Username [input] Email [input] ← 3

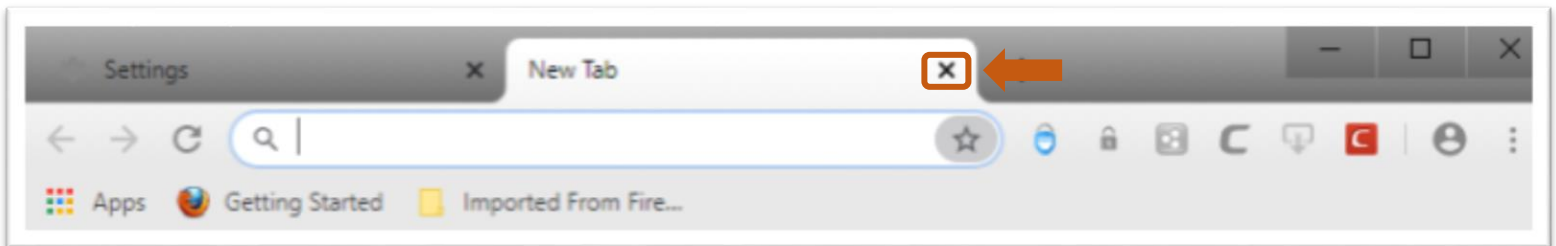
4 → Mobile Phone [input] Date of Birth [Month] [Day] [Year] [calendar] ← 5

CANCEL SUBMIT ← 7

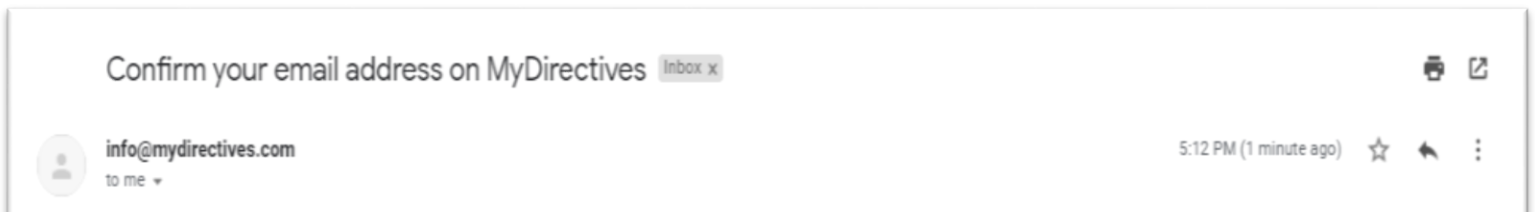
您将看到一条确认消息，通知已将电子邮件发送给您。

在浏览器打开一个新的页面来登录您的邮箱

***重要提示：** 请不要关闭当前页面或在邮箱里输入



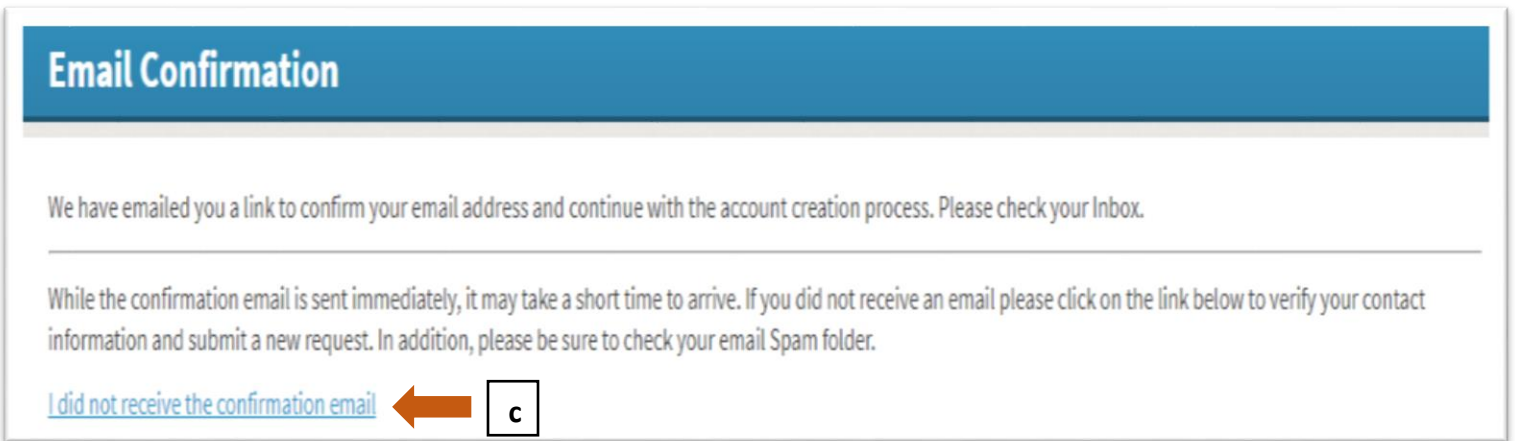
进入您的邮箱，您应该会看到一个地址为info@mydirectives.com的邮件，标题为：“**Confirm your email address on MyDirectives**”。



如果您未收到该邮件：

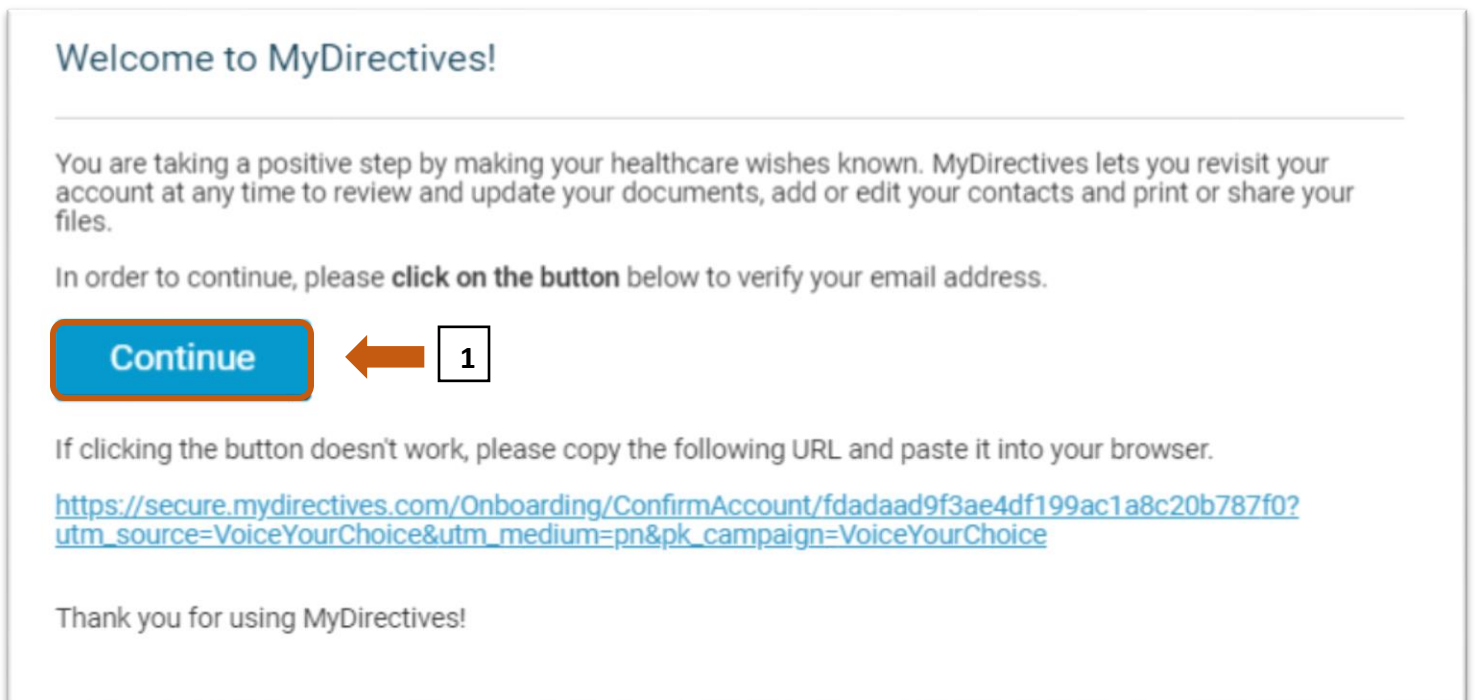
- a) 等待一分钟后刷新收件箱

- b) 检查您的垃圾邮件文件夹
- c) 返回Voice Your Choice邮件确认页面，点击蓝字：***“I did not receive the confirmation email.”***



当你打开收到的确认邮件，您会看到下图消息。

1. 点击**“Continue”**按钮，这将打开一个新网页供您创建帐户。



然后，您会看到下面的页面：

1. 创建一个密码，该密码至少包含1个大写字母，1个小写字母，1个数字，6个字符，并且不包含空格。

2. 在第二个文本框中再次输入相同密码。

***重要提示：**一旦您的密码符合相应需求，则灰色框中的所有文本行旁边都会以绿色对号标示。

Account Confirmation

Your email address has been confirmed.

Please create a password so you can sign in at any time to view and update your information.

Create a Password

Password ← **1**

Confirm Password ← **2**

Show Passwords

✓ Passwords match

Your password must:

- ✓ have at least 1 capital letter
- ✓ have at least 1 lowercase letter
- ✓ be at least 6 characters
- ✓ have no spaces

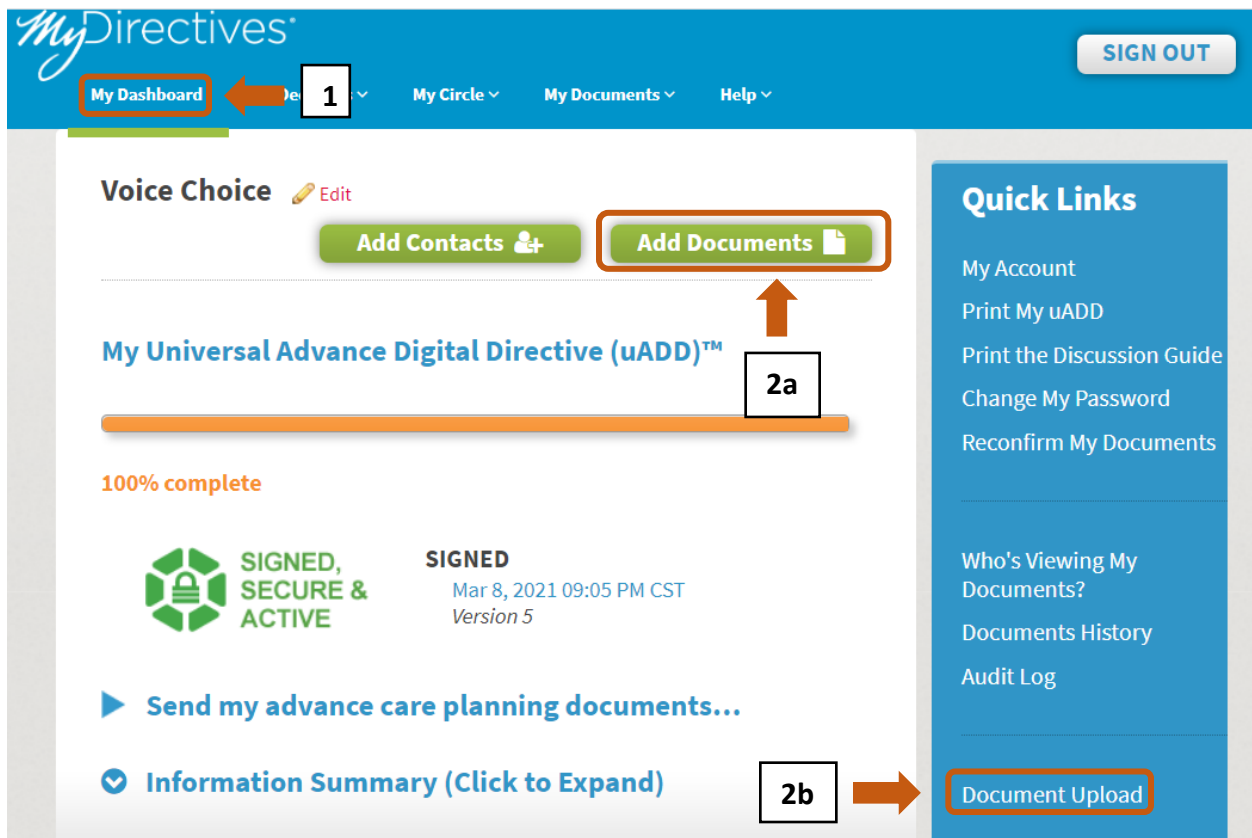
***Important**

1. 勾选此框以同意使用条款和条件。
2. 如果您想阅读详细信息，可以点击蓝色文本。
3. 点击 **“Save and Continue.”**



第三步：上传您已完成的“五个愿望”预嘱

1. 滑动至页面顶部，点击“**My Dashboard**”。
2. 页面显示后，选择：
 - a) “**Add Documents**”按钮，或者
 - b) 页面右侧的“**Document Upload**”按钮



3. 加载“我的文档和文件”页面后。滑动至页面底部，点击“**Select a File**”按钮。

My Documents and Files

MyDirectives® Documents

Title	Status	Type	Actions
HIPAA	Created	HIPAA	Preview Download

Uploaded Documents ➕ Add New Document

Title	Status	Source	Type	Last Updated	Created On	Actions
Your uploaded documents will appear here once you have completed the process						


Add Document

What do you want to call this document?

What type of document is this? Please Select

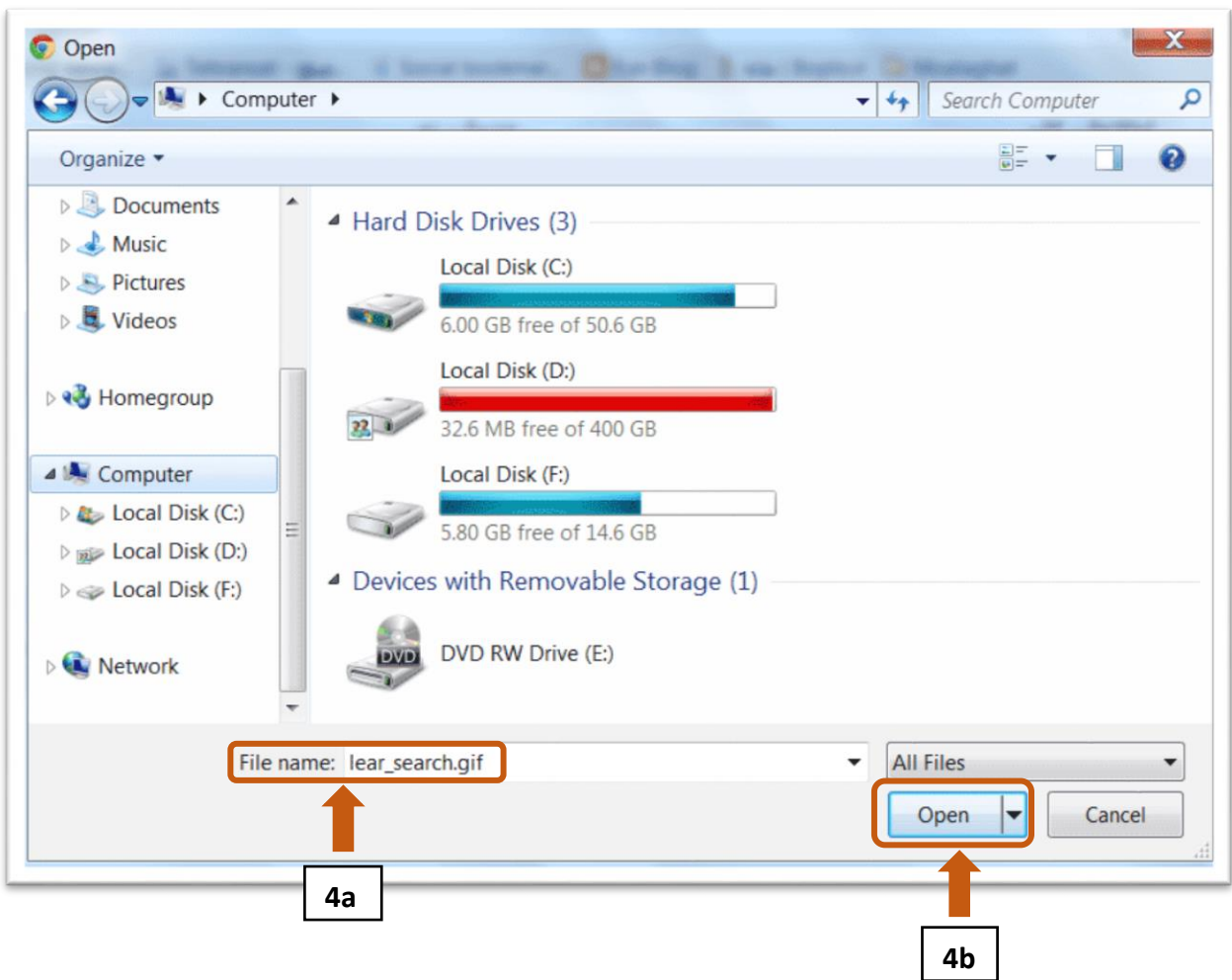
When was this document created? Month Day Year

Choose your method to upload. [Image Conversion/File Restrictions](#)

Select a File OR  OR **Prepare a Fax Cover Sheet**

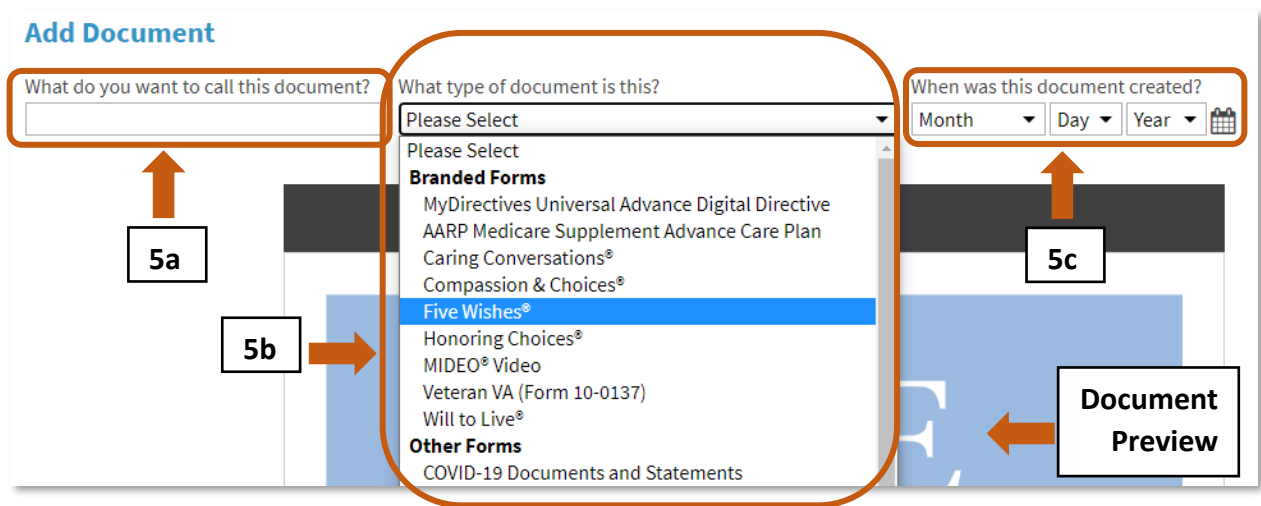
3 Skip and Continue

4. 您将会访问计算机上的文件。请定位到您扫描并保存到计算机的“五个愿望”预嘱文件，然后选择该文件上传。
 - a. 在选择好您所想上传的文件后，确认您选择文件名称是否正确。
 - b. 点击“**Open**”按钮。



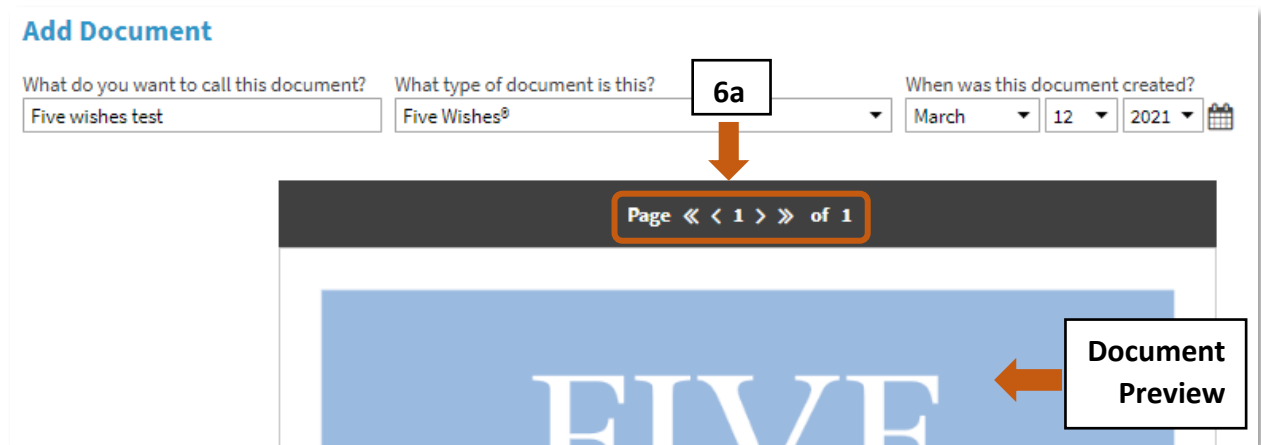
5. 您将预览您已完成的“五个愿望”预嘱文件。请填写以下要求信息以完成上传。
 - a. 为此文件输入一个名称。
 - b. 点击下拉按钮，选择“*Five Wishes*”选项。
 - c. 输入两位见证人签署文件的日期。

***重要提示：**如果由于文件太大而无法预览您上传的文件，请提供所需的信息，然后单击页面底部的“*Continue*”按钮。您将可以按照下一步中的说明查看和替换文档。



6. 在预览窗口中查看文档。

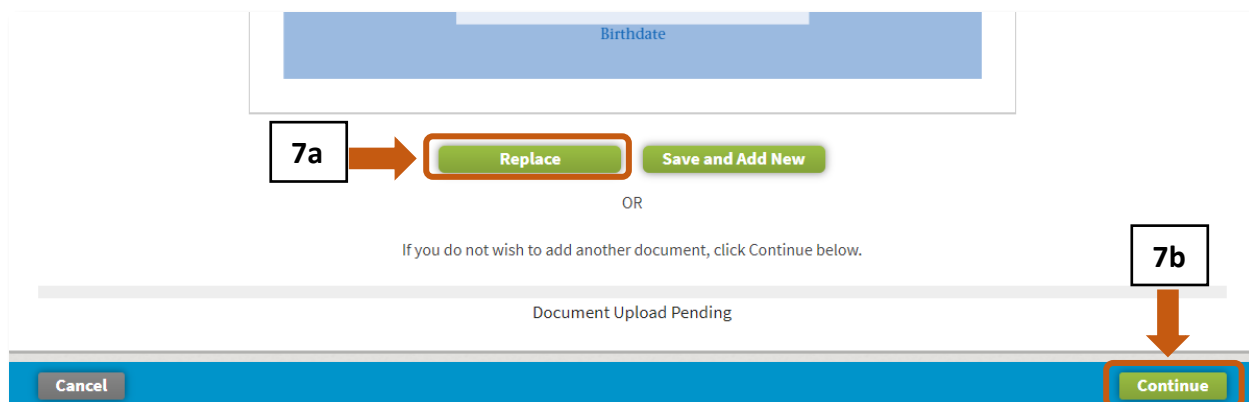
- a. 使用导航箭头查看文档的所有页面。点击单个箭头（“<”和“>”）可以查看上一页或者下一页文档，点击双箭头（“<<” and “>>”）可以跳转至文档开头或结尾。
- b. 请查看完整文档来确认上传文档是否正确。



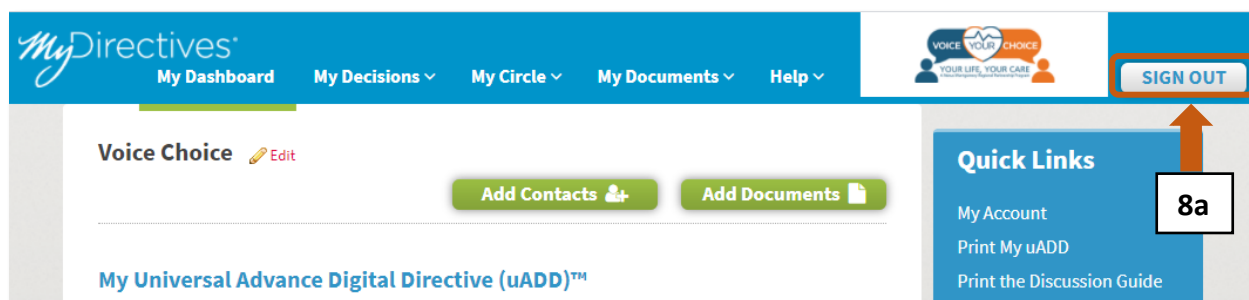
7. 查看上传的文档后：

- a. 如果您需要替换上传文档，点击 **Replace** 按钮。如上所述，您可以从计算机中选择另外的文档。

- b. 当您满意上传的文档后，点击**Continue**按钮。



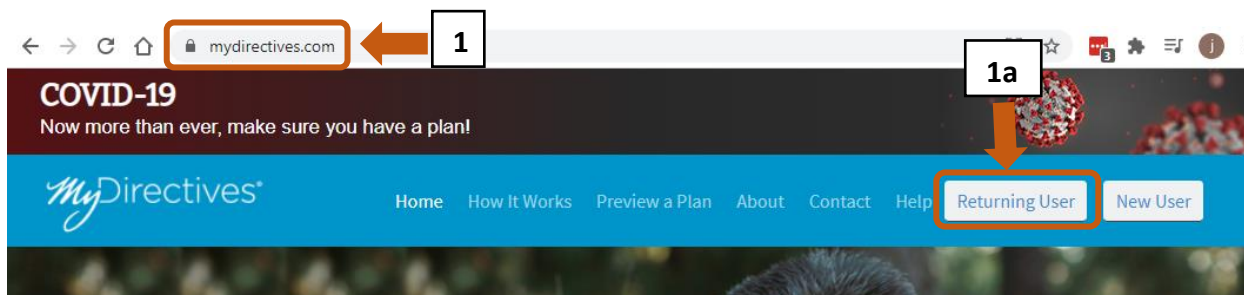
8. 当您完成上传您的预嘱文档，您可以退出登录，或者您也可以选择验证您的身份。
- a. 如果您想退出登录，请在页面最上方点击“**Sign Out**”按钮。
 - b. 如果您想要验证身份，请查看本手册第25页上的“**可选部分—身份验证步骤**”。



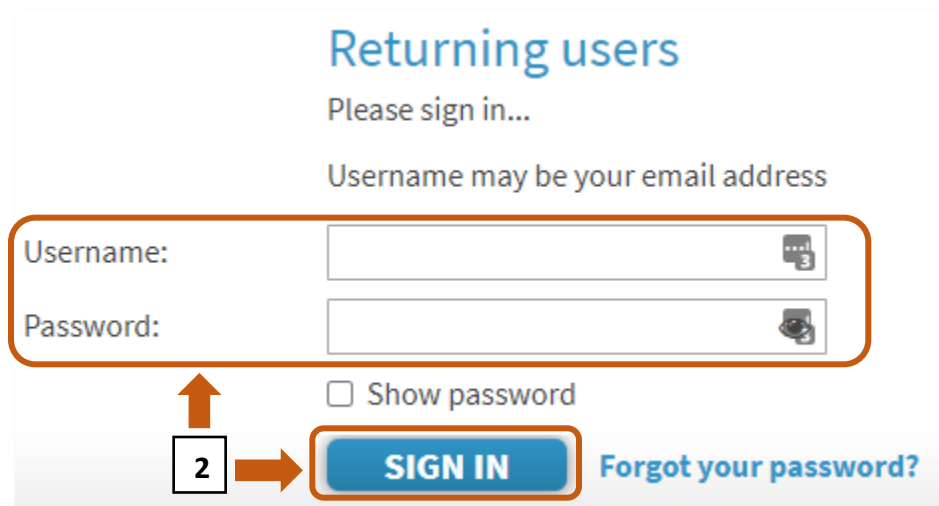
第四步：查看并替换您上传的“五个愿望”预嘱

您可以随时登录帐户来查看并替换您上传的预嘱文件。例如，如果在上传第一个版本的“五个愿望”预嘱后，您想修改所选的某些选项，则可以按照上述步骤创建新的“五个愿望”预嘱文件并上传，以替换先前传的文件。

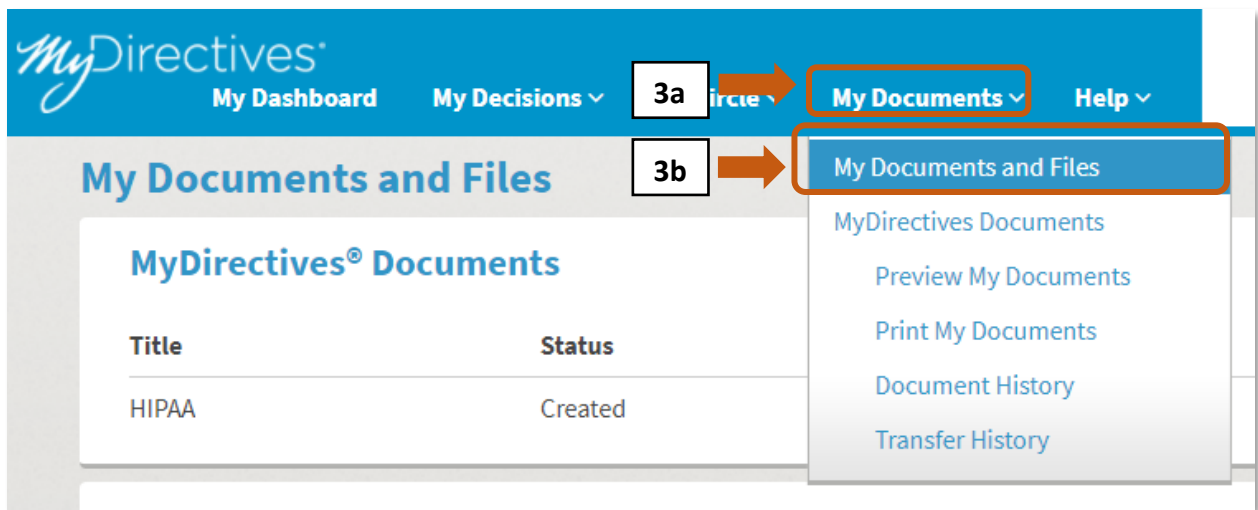
1. 登陆您的账户，使用浏览器访问网址：mydirectives.com
 - a. 点击页面上方的“**Returning User**”按钮。



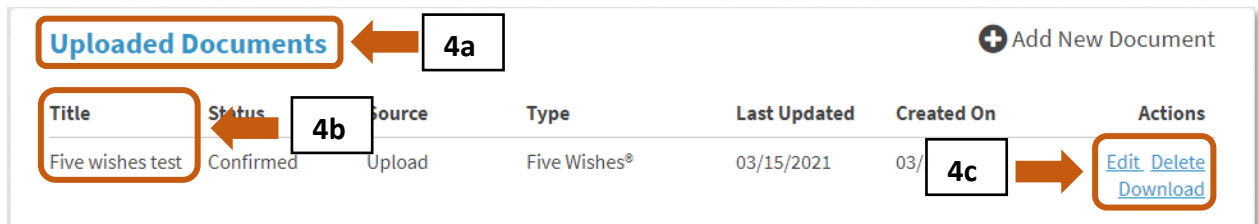
2. 在登录界面，输入账户名及密码并点击“**Sign In**”。



3. 登录之后，滑动至页面顶部。
 - a. 将鼠标移到“**My Documents**”上，会出现一个下拉菜单。
 - b. 从下拉菜单中选择“**My Documents and Files**”。

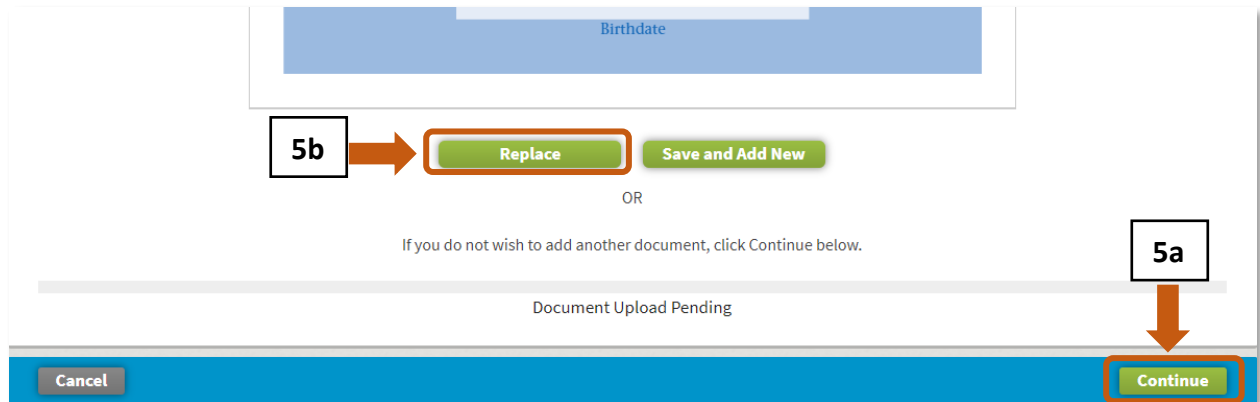


4. 网页会加载至 **“My Documents and Files”** 页面
 - a. 在 **“Uploaded Documents”** 选项下，您会看到您上传的“五个愿望”预嘱文件。
 - b. 您输入的文档名称将会在 **“Title”** 下显示。
 - c. 点击 **“Edit”** 来查阅您现有的“五个愿望”预嘱。您也可以点击 **“Delete”** 来删除该文件，然后根据上传步骤重新上传一个新的版本。点击 **“Download”** 按钮，将上传文件的副本下载到您的电脑上，以便保存和以后查看。



5. 如果您在上一步中点击 **“Edit”**，网页将会加载您上传的预嘱文件供您查看。请按照本手册21页，**“Upload Your Completed Five Wishes Advance Directive”** 部分的第六步来查阅您的文件。
 - a. 当您对您的文档满意后，请下拉至页面底部，点击 **“Continue”**。
 - b. 如果您已经创建了新“五个愿望”预嘱文件，可以单击

“**Replace**”，您就可上传新版本文件来替换现有版本。

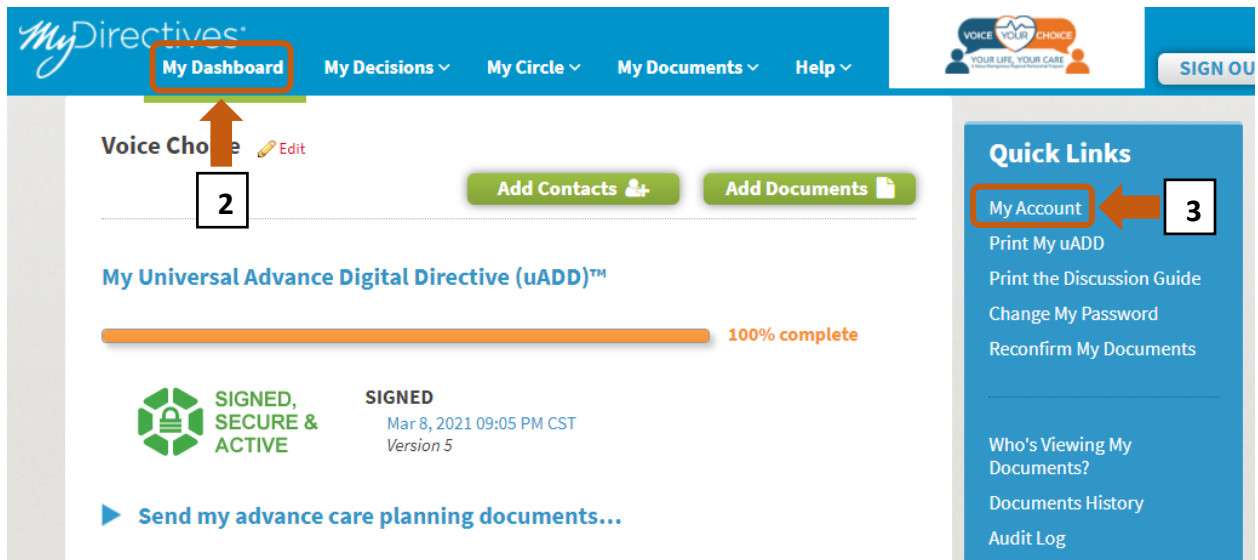


可选部分一身份验证步骤

您可以通过提供附加信息来在此在线平台上验证您的身份。这样您就可以帮助您的医护人员来确认预嘱文件确实是属于您本人。当您也许会在您的医护人员数据库中重名时，这点尤为重要。请通过以下步骤来确认您的身份。

第一步：登陆账户并进入 **My Dashboard**

1. 如果您退出了登录，请再次按照22页中“**Upload Your Completed Five Wishes Advance Directive**”部分中的第四步来重新登录账户。
2. 如果页面没有自动显示，请滑动至页面顶部点击“**My Dashboard**”。
3. 等待页面加载完成后，点击“**My Account**”。



第二步：填写附加身份信息

1. 在靠近页面顶部的“**Identifying Information**”部分，请填写所需附加身份信息。所需填写的信息仅包括：
 - a. “Gender”（性别）
 - b. “Address”（地址）

All fields are required, unless marked OPTIONAL.

Title:

First Name:

Middle Name:

Last Name:

Suffix:

Date of Birth:

Gender:

Country:

Address 1:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

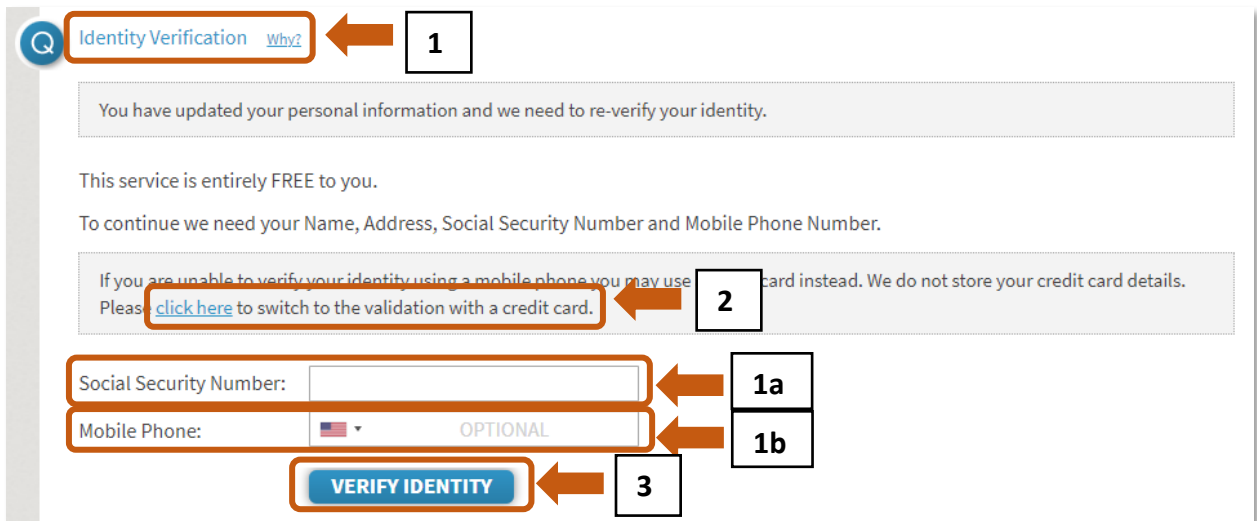
2. 根据您的需要提供尽可能多的其他可选信息。您提供的信息越多，您的医护人员就越容易确认这是属于您的帐户。
 - a. “home number”（家庭电话-选填）
 - b. “mobile number”（手机号码-选填）
 - c. “social security number”（社会保障号码-选填）
 - d. “driver’s license”（驾驶执照-选填）
 - e. “photo”（个人照片-选填）

The image shows a web form for user verification. At the top, there is an 'Email:' field with the value 'sample-email@email.com'. Below it are three fields for phone numbers: 'Home Number:', 'Mobile Number:', and 'Business Number:'. Each of these fields has a dropdown menu with a US flag icon and the word 'OPTIONAL'. Callout '2a' points to the Home Number field, '2b' to the Mobile Number field, and '2c' to the Social Security Number field. Below the phone number fields is a link 'Why do we ask for this information?'. Underneath the link are three more fields: 'Social Security Number:' (with 'OPTIONAL' text), 'Drivers License:' (with a dropdown arrow and 'OPTIONAL' text), and 'Photo:' (with an upload icon and 'Select a photo (OPTIONAL)' text). Callout '2d' points to the Drivers License field, and '2e' points to the Photo field.

第三步：验证您的信息或退出身份验证步骤

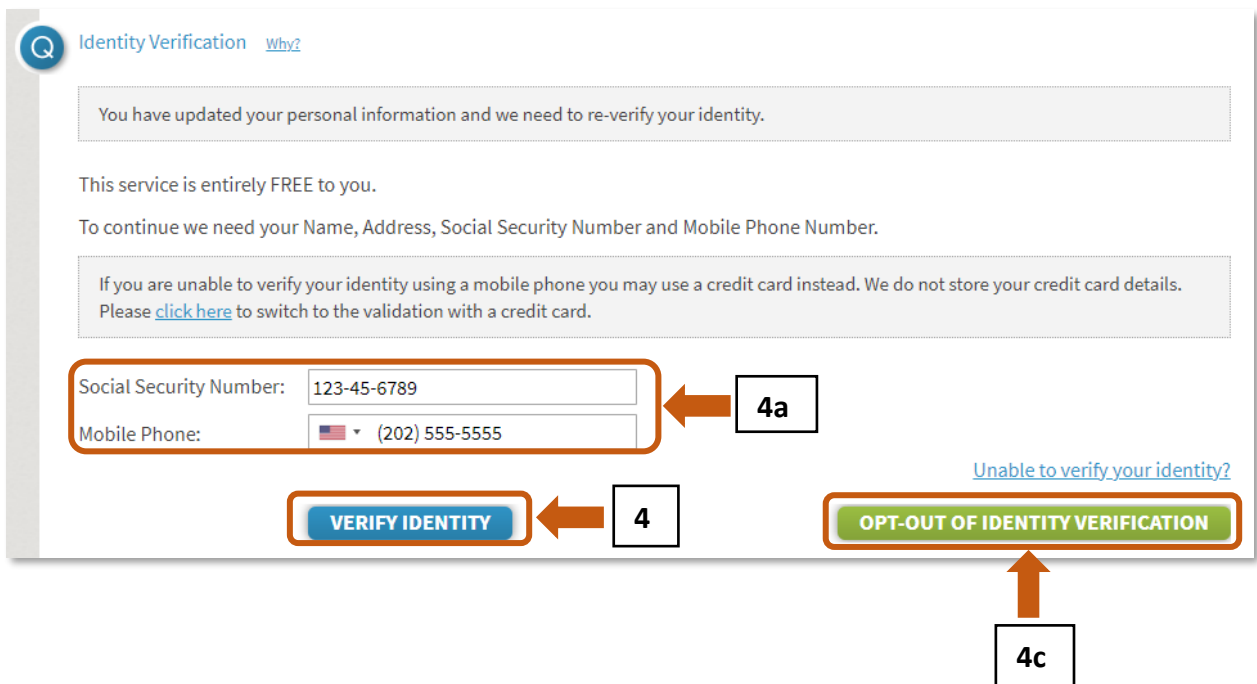
同样在“**My Account**”页面，您可以进一步验证您的身份或选择退出进一步身份验证。

1. 想进一步验证您的身份，请在“**Identity Verification**”部分提供所需信息：
 - a. 社会保障号码
 - b. 手机号码
2. 您也可以通过使用您的社会保障号码或信用卡号码来验证，请在“**Please click here to switch to the validation with a credit card**”中点击“**click here**”链接。
3. 最后点击“**Verify Identity**”

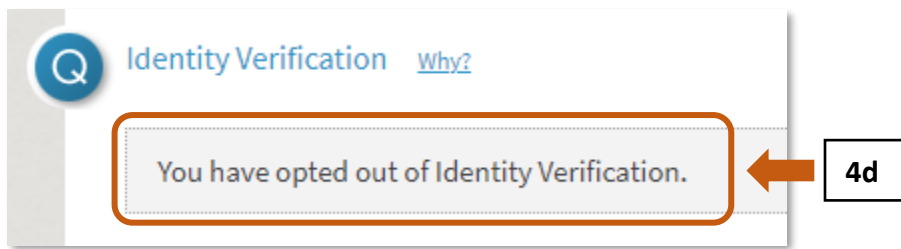


4. 如果您想要退出身份验证:

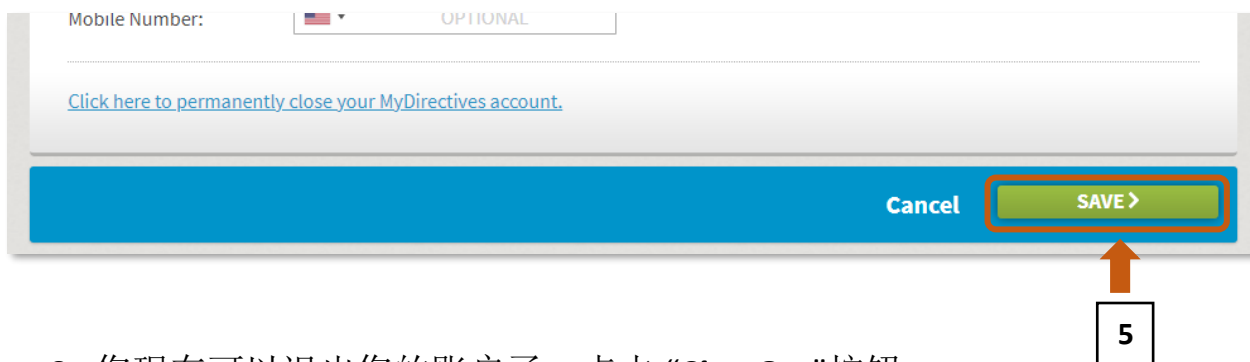
- a. 输入“假的”社保号码和手机号码，如下图所示
- b. 点击“**Verify Identity**”
- c. 如果系统无法验证您提供的信息，将会显示一个新的按钮，显示为“**Opt-Out of Identity Verification**”，请您点击此按钮。



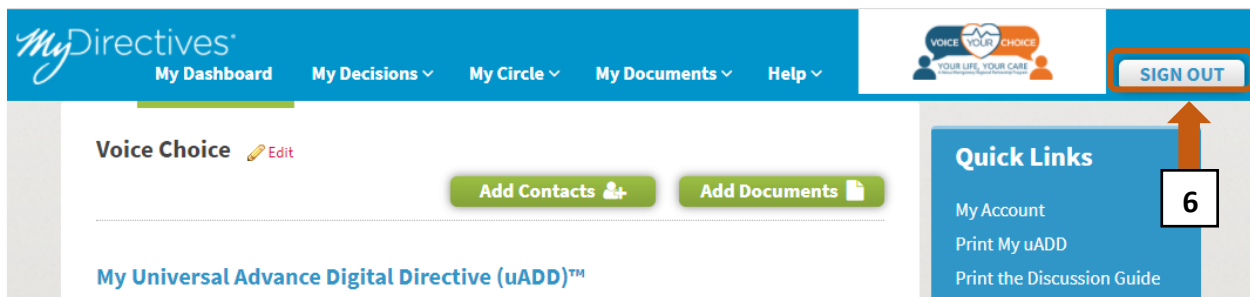
- d. 当您退出后，页面会显示“**You have opted out of Identity Verification**”字样来确认您已退出身份验证。



5. 当您填写完所有您可以提供的信息后，请点击屏幕底部的“**Save**”按钮。



6. 您现在可以退出您的账户了，点击“**Sign Out**”按钮。



恭喜您！

您已经完成您的纸质预先护理计划的上传。现在在您处于医疗保健危机期而无法自主表达时我们也能知道您的价值观和偏好。而您的计划在紧急情况下或任何医疗场所都能查询的到。务必要让您的医生、医疗代理人以及对您最重要的人知道您上传的“五个愿望”和纸质副本的存放位置。您应该定期检查计划。您可以在在线平台上设置您认为最合适的时间间隔来提醒您（比如每月一次或每年一次）。如果您想访问更多的预先护理计划工具和资源，请参见 [c 社区资源](#)。