

Honoring Choices Massachusetts
Instruções e Formulário de Procuração de Cuidados de Saúde de Massachusetts

Instruções: Todos os adultos competentes, com 18 anos de idade ou mais, têm o direito de nomear um Agente de Cuidados de Saúde em uma Procuração de Cuidados de Saúde. Para criar sua Procuração de Cuidados de Saúde em português brasileiro e em inglês, imprima este documento de quatro páginas para ter as instruções e os dois formulários em branco à sua frente. Siga as instruções e preencha os dois formulários com exatamente as mesmas informações e a mesma data. Primeiro preencha, assine e date o formulário em português do Brasil na presença de duas testemunhas, que o assinarão e datarão depois de você. Em seguida, preencha o formulário em inglês com exatamente as mesmas informações e data, e assine-o na presença de duas testemunhas, que o assinarão e datarão depois de você.

1. Seu nome e endereço

Escreva em letra de imprensa seu nome completo no espaço em branco. Escreva em letra de imprensa seu endereço.

2. Meu Agente de Cuidados de Saúde é:

Escreva em letra de imprensa o nome, endereço e números de telefone do seu Agente de Cuidados de Saúde.

- Escolha uma pessoa de sua confiança para tomar decisões sobre sua saúde por você baseando-se em suas escolhas, valores e crenças, caso não possa tomar decisões ou comunicá-las por conta própria.
- Seu Agente de Cuidados de Saúde não pode ser um operador, administrador ou funcionário da instituição onde você é paciente ou residente ou à qual tenha requerido admissão, exceto se for relacionado a você por parentesco, casamento ou adoção.

3. Meu Agente de Cuidados de Saúde Alternativo:

Escreva em letra de imprensa o nome, endereço e números de telefone do seu Agente Alternativo.

- Escolha uma pessoa na qual você confia para tomar decisões sobre sua saúde caso seu Agente de Cuidados de Saúde não esteja disponível, disposto ou não tenha competência para desempenhar seu papel, ou não se espera que tome uma decisão em tempo hábil.

4. Limites da autoridade do meu Agente de Cuidados de Saúde:

Aqui é onde você dá ao seu agente a autoridade ou o poder para tomar decisões por você.

- Se você quiser que seu agente tome todas as decisões em qualquer situação, basta deixar este espaço em branco.
- Se houver certas decisões que você não queira que seu agente tome ou caso tenha alguma instrução específica para dar, especifique os limites de autoridade ou as instruções no espaço em branco.

5. Assinatura e data:

Assine o seu nome completo na presença de duas testemunhas adultas, que assinarão o formulário em seguida. Date o formulário.

- Você pode também instruir para que outra pessoa assine por você na presença de duas testemunhas.

Honoring Choices Massachusetts
Instruções e Formulário de Procuração de Cuidados de Saúde de Massachusetts

6. Declaração e assinatura das testemunhas:

Qualquer adulto competente pode ser testemunha, exceto seu Agente de Cuidados de Saúde e seu Agente Alternativo.

- Dois adultos devem estar presentes como testemunhas quando este documento for assinado. Eles o observam assinar o documento, ou outra pessoa instruída por você a assinar em seu nome, e o assinam depois de você para atestar que você tem pelo menos 18 anos de idade, está em pleno uso de suas faculdades mentais e não está sujeito a nenhuma limitação ou influência indevida.
- Peça para a primeira testemunha assinar e, em seguida, escrever seu nome em letra de imprensa e datar o formulário.
- Depois, peça para a segunda testemunha assinar e, em seguida, escrever seu nome em letra de imprensa e datar o formulário.

7. Declaração de Agente de Cuidados de Saúde: (Opcional)

Esta seção não é necessária, mas pode ajudar seus médicos e familiares a saberem que os agentes nomeados aceitaram a nomeação. Para usar esta seção, peça que o(s) agente(s) assinem e coloquem a data nos espaços fornecidos.

Importante: Preencha o formulário em português brasileiro e o formulário em inglês ao mesmo tempo. Certifique-se de que os dois formulários tenham exatamente as mesmas informações e estejam assinados, datados e reconhecidos pelas testemunhas. Faça cópias e entregue-as para o seu Agente de Cuidados de Saúde e para seus médicos colocarem no seu prontuário.

Procuração de Cuidados de Saúde de Massachusetts

DOB

____/____/____

1. Eu, _____ Endereço: _____,

designo a seguinte pessoa para ser meu Agente de Cuidados de Saúde, com autoridade para tomar decisões sobre minha saúde em meu nome. Esta autorização passará a vigorar se o meu médico determinar, por escrito, que sou incapaz de tomar ou comunicar decisões sobre minha saúde, de acordo com o Capítulo 201D das Leis Gerais de Massachusetts.

2. Meu Agente de Cuidados de Saúde é:

Nome: _____ Endereço: _____

Telefone(s): _____; _____; _____

3. Meu Agente de Cuidados de Saúde Alternativo

Se o meu agente não estiver disponível, disposto ou não demonstrar competência, ou não se espera que tome uma decisão em tempo hábil, nomeio:

Nome: _____ Endereço: _____

Telefone(s): _____; _____; _____

4. Limites da autoridade do meu Agente de Cuidados de Saúde

Concedo ao meu Agente de Cuidados de Saúde a mesma autoridade que tenho para tomar quaisquer e todas as decisões sobre minha saúde, incluindo decisões sobre tratamentos para sustentação de vida, exceto (descreva os limites à autoridade ou dê instruções, se for o caso): _____

Autorizo meu Agente de Cuidados de Saúde a tomar decisões sobre minha saúde com base em sua avaliação de minhas escolhas, valores e crenças, se conhecidos, e a favor dos meus melhores interesses, se desconhecidos. Concedo ao meu Agente de Cuidados de Saúde os mesmos direitos que tenho para o uso e divulgação de informações sobre minha saúde e prontuários médicos, em conformidade com a Lei de Responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act) (HIPAA) de 1996, 42 U.S.C. 1320d. As fotocópias desta Procuração de Cuidados de Saúde têm a mesma força e efeito que o documento original.

5. **Assinatura e data.** Assinei meu nome e datei esta Procuração de Cuidados de Saúde na presença de duas testemunhas.

ASSINATURA _____ DATA _____

6. Declaração e assinatura das testemunhas (Obrigatório)

Nós, os abaixo-assinados, testemunhamos a assinatura deste documento pelo signatário acima ou pela pessoa autorizada pelo signatário e declaramos que o signatário aparenta ter pelo menos 18 anos de idade, está em pleno uso de suas faculdades mentais e não está sujeito a nenhuma limitação ou influência indevida. Nenhum de nós é o agente de cuidados de saúde ou o agente alternativo.

Primeira testemunha

Assinatura: _____

Nome (em letra de imprensa): _____

Data: _____

Segunda testemunha

Assinatura: _____

Nome (em letra de imprensa): _____

Data: _____

7. Declaração dos Agentes de Cuidados de Saúde (Opcional):

Lemos com atenção este documento e aceitamos a nomeação.

Agente de Cuidados de Saúde _____ Data _____

Agente Alternativo de Cuidados de Saúde _____ Data _____

Massachusetts Health Care Proxy

DOB ____/____/____

1. I, _____ Address: _____,
appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ Address: _____
Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ Address: _____
Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. Signature and Date. I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ **DATE** _____

6. Witness Statement and Signature

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One
Signed: _____

Witness Two
Signed: _____

Print Name: _____

Print Name: _____

Date: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ Date _____

Alternate Health Care Agent _____ Date _____