

Udhëzimet dhe dokumenti i Masaçusetsit për përfaqësuesin e kujdesit shëndetësor

Udhëzime: Çdo i rritur kompetent mbi 18 vjeç e lart ka të drejtën që të caktojë një agjent të kujdesit shëndetësor nëpërmjet dokumentit të përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor. Për të krijuar dokumentin tuaj të përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor, e printoni këtë formular me dy faqe dhe faqen me udhëzimet dhe dokumentin e pambushur i vendosni përpara. Ndiqni udhëzimet hap pas hapi, e nënshkruani dhe vendosni datën në dokumentin e përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor në prani të dy dëshmitarëve, të cilët edhe ata nënshkruajnë dhe vendosin datën në dokument pas jush.

1. Emri dhe adresa juaj (kërkohet)

Shkruani me germa shtypi emrin dhe mbiemrin tuaj në hapësirën bosh. Shkruani me germa shtypi adresën tuaj.

2. Agjenti i kujdesit tim shëndetësor është: (kërkohet)

Shkruani me germa shtypi emrin dhe mbiemrin, adresën dhe numrat e telefonit të agjentit të kujdesit tuaj shëndetësor.

- Zgjidhni një person të besuar i cili do të marrë vendimet e kujdesit shëndetësor për ju bazuar në përzgjedhjen, vlerat dhe besimet tuaja, në rast se ju nuk do të jeni në gjendje t'i komunikoni apo merrni vendimet vetë;
- Agjenti i kujdesit tuaj shëndetësor ose agjenti zëvendësues nuk mund të jetë një person i cili është operator, administrator apo punonjës i institucionit ku ju jeni pacient apo banor, ose ku keni bërë kërkesë për t'u pranuar, përveçse kur ai ka lidhje gjaku, martese apo adoptimi me ju.

3. Agjenti zëvendësues i kujdesit tim shëndetësor (nuk kërkohet, por është mirë të keni një agjent zëvendësues)

Po të jetë e mundur, caktoni një person të besuar si mbështetje apo agjent zëvendësues, i cili mund të ndërhyjë dhe të marrë vendime të kujdesit shëndetësor për ju në rast se nuk ndodhet i pranishëm agjenti juaj i kujdesit shëndetësor, ose ai nuk ka dëshirë apo nuk është në gjendje të shërbejë, ose nuk pritet që mund të marrë një vendim në kohën e duhur. Shkruani me germa shtypi emrin, adresën dhe numrat e telefonit.

4. Autoriteti i agjentit të kujdesit tim shëndetësor (kërkohet)

Nëpërmjet tij, ju ose i jepni agjentit tuaj autoritetin më të madh të mundshëm për vendimmarrje, pra për të marrë "çdo vendim apo të gjitha vendimet", përfshi trajtimet për mbajtjen në jetë, ose ia kufizoni këtë autoritet:

- Në rast se doni t'i jepni "çdo dhe gjithë" autoritetin vendimmarrës, lëroni këtë hapësirë bosh.
- Në rast se nuk doni t'i jepni "çdo dhe gjithë" autoritetin vendimmarrës, përshkruani mënyrën se si doni të kufizoni autoritetin e agjentit tuaj dhe e shkruani në hapësirën e dhënë.

5. Firma dhe data (kërkohet)

MOS firmosni para kohe. Vini firmën e plotë dhe datën në prani të dy dëshmitarëve të rritur, të cilët firmosin pas jush.

- Ju mund të caktoni dikë të firmosë në emrin tuaj në prani të dy dëshmitarëve.

6. Deklarata dhe firma e dëshmitarit (kërkohet)

Çdo i rritur kompetent mund të jetë dëshmitar me përjashtim të agjentit tuaj të kujdesit shëndetësor dhe agjentit tuaj zëvendësues.

- Dy të rritur duhet të jenë të pranishëm kur të nënshkruhet ky dokument. Ata duhet t'ju shikojnë kur të firmosni, ose kur firmos dikush tjetër sipas udhëzimit tuaj, dhe pastaj duhet të firmosin pas jush duke deklaruar se ju jeni të paktën 18 vjeç, me mendje të kthjellët, dhe nuk jeni i shtrënguar apo nën presion të panevojshëm.
- I thoni dëshmitarit të parë të firmosë dhe pastaj të shkruajë me germa shtypi emrin dhe datën;
- Pastaj i thoni dëshmitarit të dytë të firmosë dhe pastaj të shkruajë me germa shtypi emrin dhe datën;

7. Deklarata e agjentit të kujdesit shëndetësor (jo e detyrueshme)

Ky segment nuk është i detyrues, por i ndihmon mjekët dhe familjen të njohin agjentët që keni caktuar dhe që e kanë pranuar detyrën. Agjenti (agjentët) juaj firmos dhe shkruan me germa shtypi datën në hapësirën e dhënë.

E rëndësishme: Ruani origjinalin e dokumentit për përfaqësuesin e kujdesit shëndetësor. Bëni një kopje dhe ia jepni agjentit tuaj të kujdesit shëndetësor. U jepni një kopje mjekëve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor për ta futur në kartelën tuaj me qëllim që ta dinë si të kontaktojnë agjentin tuaj në rast se ju sëmureni apo lëndoheni dhe nuk jeni në gjendje të flisni për vete.

Dokumenti i Masaçusetsit për përfaqësuesin e kujdesit shëndetësor

1. Unë, _____ **Adresa:** _____,
caktoj personin e mëposhtëm si agjentin e kujdesit tim shëndetësor me autoritetin për të marrë vendime shëndetësore në emrin tim. Ky autoritet hyn në fuqi në rast se mjeku që përkuajdeset për mua vendos me shkrim se unë nuk jam i/e aftë për të marrë vendime apo të komunikoj në lidhje me shëndetin tim, sipas Kapitullit 201D të Ligjeve të Përgjithshme të Masaçusetsit.

2. Agjenti i kujdesit tim shëndetësor është:

Emër, Mbiemër: _____ Adresa: _____

Telefoni(at): _____; _____; _____

3. Agjenti zëvendësues i kujdesit tim shëndetësor

Në rast se agjenti im nuk është në dispozicion, nuk ka dëshirë apo nuk është në gjendje, ose nuk pritet që të marrë një vendim në kohën e duhur, unë caktoj:

Emër, Mbiemër: _____ Adresa: _____

Telefoni(at): _____; _____; _____

4. Autoriteti i agjentit të kujdesit tim shëndetësor

Unë i jap agjentit të kujdesit tim shëndetësor të njëjtin autoritet që kam unë për të marrë të gjitha vendimet e kujdesit shëndetësor për mua, përfshi vendimet për trajtimin për mbajtjen në jetë, me përjashtim (rendisni kufizimet për autoritetin dhe jepni udhëzime, në rast se keni):

_____.

Unë autorizoj agjentin e kujdesit tim shëndetësor të marrë vendime për kujdesin tim shëndetësor bazuar në vlerësimin e tij/saj të përzgjedhjeve, vlerave dhe besimeve të mia në rast se i di, si dhe në interesin tim më të mirë, në rast se nuk i di. Unë i jap agjentit tim të kujdesit shëndetësor të njëjtat të drejta që kam edhe unë në lidhje me përdorimin dhe nxjerrjen e informacionit tim shëndetësor dhe të dhënave mjekësore sipas Health Insurance Portability and Accountability Act i 1996 (HIPAA) (Ligji për përgjegjësinë dhe transferimin e sigurimit shëndetësor) 42 U.S.C. 1320d. Fotokopjet e këtij dokumenti për përfaqësuesin e kujdesit shëndetësor kanë të njëjtën forcë dhe efekt si dhe origjinali.

5. Firma dhe data. Unë e firmos dhe vë datën në dokumentin e përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor në prani të dy dëshmitarëve.

FIRMA _____ **DATA** _____

6. Deklarata dhe firma e dëshmitarit

Ne, firmëtarët, kemi dëshmuar nënshkrimin e këtij dokumenti nga firmëtari më sipër ose personi i udhëzuar prej tij, dhe deklarojmë se firmëtari duket të jetë të paktën 18 vjeç, me mendje të shëndoshë dhe nuk është as nën detyrim, as nën presion të panevojshëm. Asnjëri prej nesh nuk është as agjenti i kujdesit shëndetësor, as agjenti zëvendësues.

Dëshmitari i parë

Firmosur: _____

Emri me germa shtypi: _____

Data: _____

Dëshmitari i dytë

Firmosur: _____

Emri me germa shtypi: _____

Data: _____

7. Deklarata e agjentit të kujdesit shëndetësor (jo e detyruar):

Ne e kemi lexuar dokumentin me kujdes dhe e pranojmë detyrën.

Agjenti i kujdesit shëndetësor _____ Data _____

Agjenti zëvendësues i kujdesit shëndetësor _____ Data _____

Massachusetts Health Care Proxy Instructions and Document

Instructions: Every competent adult, 18 years old and older, has the right to appoint a Health Care Agent in a Health Care Proxy. To create your Health Care Proxy, print this two page form and place the instructions page and the blank document in front of you. Follow the step-by-step instructions and sign and date the Health Care Proxy in front of two witnesses, who sign and date the document after you.

1. Your Name and Address *(Required)*

Print your full name in the blank space. Print your address.

2. My Health Care Agent is: *(Required)*

Print the name, address and phone numbers of your Health Care Agent.

- Choose a person you trust to make health care decisions for you based on your choices, values and beliefs, if you cannot make or communicate decisions yourself;
- Your Health Care Agent and Alternate Agent cannot be a person who is an operator, administrator or employee in the facility where you are a patient or resident or have applied for admission, unless they are related to you by blood, marriage or adoption.

3. My Alternate Health Care Agent *(Not required, but helpful to have an Alternate Agent)*

If possible, appoint a person you trust as a back-up or Alternate Agent, who can step-in to make health care decisions if your Health Care Agent is not available, not willing or not competent to serve, or is not expected to make a timely decision. Print the name, address and phone numbers.

4. My Health Care Agent's Authority *(Required)*

Here's where you give your Agent either the broadest possible decision-making authority to make "any and all" decisions including life sustaining treatments, or limit his/her authority:

- If you want to give "any and all" decision-making authority, just leave this area blank.
- If you do not want to give "any and all" decision-making authority, describe the way in which you want to limit your Agent's authority and write it down in the space provided.

5. Signature and Date *(Required)*

Do NOT sign ahead. Sign your full name & date in front of two adult witnesses who sign after you.

- You can have someone sign your name at your direction in front of two witnesses.

6. Witness Statement and Signature *(Required)*

Any competent adult can be a witness except your Health Care Agent and Alternate Agent.

- Two adults must be present as witnesses when this document is signed. They watch as you sign the document, or as another person signs at your direction, and sign after you to state that you are at least 18 years old, of sound mind, and under no constraint or undue influence.
- Have Witness One sign, then print his or her name and the date;
- Then have Witness Two sign and print his or her name and the date.

7. Health Care Agent Statement *(Optional)*

This section is not required, but it can help your doctors and family know the Agents you appointed have accepted the position. Your Agent(s) signs and prints the date in the spaces provided.

Important: Keep your original Health Care Proxy. Make a copy and give it to your Health Care Agent. Give a copy to your doctors and care providers to scan in your medical record so they know how to contact your Agent if you are ill or injured and unable to speak for yourself.

Massachusetts Health Care Proxy

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: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two

Signed: _____

Print Name: _____

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** _____