

**म्यासाचुसेट्स हेल्थ केयर प्रोक्सी निर्देशनहरू तथा कागजात**  
(Massachusetts Health Care Proxy – Nepali)

**निर्देशनहरू:** 18 वर्ष र माथिका उमेरका परत्येक सक्षम वयस्कसँग हेल्थ केयर प्रोक्सीमा स्वास्थ्य सेवा एजेन्ट नियुक्त गर्ने अधिकार छ। तपाईंको हेल्थ केयर प्रोक्सी बनाउनका लागि, यो दुई पृष्ठ फारमलाई प्रिन्ट गर्नुहोस् र निर्देशन पृष्ठ तथा खाली कागजातलाई आफ्नो अगाडि राख्नुहोस्। एक पिछ अर्को चरणका निर्देशनहरू पालना गर्नुहोस् र कागजातमा हस्ताक्षर गरेर तारीख दिने दुई जना साक्षीहरूको अगाडि हेल्थ केयर प्रोक्सीमा हस्ताक्षर गरी तारीख दिनुहोस्।

**1. आफ्नो नाम र ठेगाना (आवश्यक)**

खाली ठाउँमा तपाईंको पूरा नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्। तपाईंको ठेगाना प्रिन्ट गर्नुहोस्।

**2. मेरो हेल्थ केयर एजेन्ट हो: (आवश्यक)**

तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्टको नाम, ठेगाना र फोन नम्बर प्रिन्ट गर्नुहोस्।

- तपाईंले आफ्नो छनोट, मूल्य तथा मान्यता र विश्वासको आधारमा तपाईंले स्वास्थ्य सेवाको निर्णय लिन विश्वास गर्नुहुने व्यक्ति छनोट गर्नुहोस्, तपाईं आफैं निर्णय लिन वा कुराकानी गर्न सक्नुहुँदैन भने;
- तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्ट र वैकल्पिक एजेन्ट एक अपरेटर, प्रशासक वा कर्मचारी हुन सक्दैन जहाँ तिनीहरू तपाईंसँग रगत, विवाह वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्रीसँग सम्बन्धित नहुन्जेल तपाईंले एक बिरामी वा निवासी हुनुहुन्छ वा प्रवेशको लागि आवेदन दिनु भएको छ।

**3. मेरो वैकल्पिक हेल्थ केयर एजेन्ट (आवश्यक छैन, तर एक वैकल्पिक एजेन्टको लागि सहायक)**

सम्भव छ भने, तपाईंले ब्याक अप वा वैकल्पिक एजेन्टको रूपमा विश्वास गर्ने व्यक्ति नियुक्त गर्नुहोस्, जसले हेल्थ केयर एजेन्ट उपलब्ध नहुँदा, सेवा गर्न इच्छुक वा सक्षम नहुँदा, वा समयमै निर्णय लिन अपेक्षित नगरिने भएमा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन, स्वास्थ्य सेवाको निर्णय लिन सक्छ। नाम, ठेगाना र फोन नम्बरहरू प्रिन्ट गर्नुहोस्।

**4. मेरो हेल्थ केयर एजेन्टको अधिकार (आवश्यक)**

यहाँ तपाईं आफ्नो एजेन्टको “कुनै पनि तथा सबै” निर्णयहरू लिनका लागि जीवन सम्वन्धित उपचार सहित या त व्यापक सम्भावित निर्णय लिने अधिकार दिन्छ वा उसको अधिकारलाई सीमित गर्दछ:

- तपाईं “कुनै पनि तथा सबै” निर्णय लिने अधिकार दिन चाहनुहुन्छ भने, यो ठाउँलाई खाली छोड्नुहोस्।
- तपाईं “कुनै पनि तथा सबै” निर्णय लिने अधिकार दिन चाहनुहुँदैन भने, तपाईं आफ्नो एजेन्टको अधिकारलाई सीमित गर्न चाहनुहुन्छ भनेर वर्णन गर्नुहोस् तथा यसलाई दिइएका ठाउँमा लेख्नुहोस्।

**5. हस्ताक्षर र मिति (आवश्यक)**

अगाडि हस्ताक्षर गर्नुहोस्। तपाईंले हस्ताक्षर गर्नुभएपछि दुईजना वयस्क साक्षीहरूको अगाडि पूरा नाम र मिति लेख्नुहोस्।

- तपाईंले दुईजना साक्षीहरूको अगाडि आफ्नो तर्फबाट कसैलाई आफ्नो हस्ताक्षर गराउन सक्नुहुन्छ।

**6. साक्षीको बयान र हस्ताक्षर (आवश्यक)**

तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्ट र वैकल्पिक एजेन्ट बाहेक कुनै पनि योग्य वयस्क साक्षी हुन सक्छ।

- यो कागजातमा हस्ताक्षर गरिँदा साक्षीको रूपमा दुईजना वयस्कहरू उपस्थित हुनुपर्छ। तिनीहरूले तपाईंले कागजातमा हस्ताक्षर गर्नुहुँदा, वा अर्को व्यक्तिले तपाईंको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्दा हेर्छन्, र तपाईं पछि तपाईं कम्तीमा 18 वर्षको स्वस्थ दिमागको हुनुहुन्छ, तथा कुनै बाधा वा अनावश्यक प्रभावमा हुनुहुँदैन भनी हस्ताक्षर गर्दछन्।
- साक्षी एक संकेत छ, त्यसपछि उसको नाम र मिति प्रिन्ट गर्नुहोस्;
- त्यसपछि साक्षी दुई संकेत छ तथा उसको नाम र मिति प्रिन्ट गर्नुहोस्।

**7. हेल्थ केयर एजेन्टको विवरण (वैकल्पिक)**

यो अनुभाग आवश्यक छैन, तर यसले तपाईंको डाक्टरहरू तथा परिवारलाई तपाईंले नियुक्त गर्नुभएका एजेन्टहरूले पद स्वीकार गरेका छन् भनी थाहा पाउन सहयोग गर्न सक्छन्। तपाईंको एजेन्ट(हरू) ले दिइएकमा खाली ठाउँमा हस्ताक्षर गरेर मिति प्रिन्ट गर्नुहोस्।

**महत्वपूर्ण:** तपाईंको मुख्य हेल्थ केयर प्रोक्सी राख्नुहोस्। एक प्रति बनाउनुहोस् र यसलाई तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्टलाई दिनुहोस्। तपाईंको मेडिकल रेकर्ड स्वयं गर्नका लागि तपाईंको डाक्टर तथा सेवा प्रदायकहरूलाई प्रति दिनुहोस् जसले गर्दा तपाईं बिमारी वा घाइते हुनुभयो र आफैं बोल्न सक्नुभएन भने उनीहरूलाई तपाईंको एजेन्टलाई कसरी सम्पर्क गर्ने भनेर थाहा हुन्छ।

**म्यासाचुसेट्स हेल्थ केयर प्रोक्सी**  
(Massachusetts Health Care Proxy – Nepali)

1. म, \_\_\_\_\_

म मेरो हेल्थ केयर एजेन्ट हुनको लागि मेरो तर्फबाट स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन निम्न व्यक्तिलाई नियुक्त गर्दछु। म्यासाचुसेट्सको सामान्य कानूनको अध्याय 201D अनुसार, यो अधिकार मेरो उपस्थित चिकित्सकले म आफैँमा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिने वा कुराकानी गर्ने क्षमताको कमी छ भनी लिखित रूपमा निर्धारण गर्दा प्रभावकारी हुनेछ।

**2. मेरो हेल्थ केयर एजेन्ट हो:**

नाम: \_\_\_\_\_ ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन(हरू): \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**3. मेरो वैकल्पिक हेल्थ केयर एजेन्ट**

मेरो एजेन्ट उपलब्ध छैन, इच्छुक वा सक्षम छैन, वा समयमै निर्णय लिने अपेक्षा गरिएको छैन भने, म नियुक्ति गर्दछु:

नाम: \_\_\_\_\_ ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन(हरू): \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**4. मेरो हेल्थ केयर एजेन्टको अधिकार**

म मेरो हेल्थ केयर एजेन्टलाई मैले जीवन सम्हाल्ने उपचारको निर्णय सहित कुनै पनि तथा सबै स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिनका लागि समान अधिकार दिन्छु, बाहेक (आधिकारको सीमित सूचीहरू वा निर्देशनहरू दिन, कुनै छ भने):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

म मेरो हेल्थ केयर एजेन्टलाई थाहा छ भने मेरो छनोट, मूल्य र मान्यता तथा विश्वास, र थाहा छैन भने मेरो सर्वोत्कृष्ट हितमा उस/उनको मूल्याङ्कनको आधारमा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन अधिकार दिन्छु। म मेरो हेल्थ केयर एजेन्टलाई आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी तथा चिकित्सा रेकर्डको प्रयोग तथा खुलासा गर्नका लागि सो अधिकार दिन्छु जुन 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d को स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी तथा जबाफदेही अधिनियमद्वारा नियन्त्रित छ। यस हेल्थ केयर प्रोक्सीको फोटोकपीहरूमा वास्तविक रूपमा झैं उही शक्ति तथा असर हुन्छ।

**5. हस्ताक्षर र मिति।** म दुईजना साक्षीहरूको उपस्थितिमा यो हेल्थ केयर प्रोक्सीमा मेरो नाम र मिति लेख्छु।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

**6. साक्षीको बयान र हस्ताक्षर**

हामी, अधोहस्ताक्षरीले उपरोक्त हस्ताक्षरकर्ताद्वारा वा उसको पक्षमा यस कागजातमा हस्ताक्षर भएको देखेका छौं र हस्ताक्षरकर्ता कम्तीमा 18 वर्षको स्वस्थ दिमागको छ, तथा कुनै बाधा वा अनावश्यक प्रभावमा छैन। हामी मध्ये कोही पनि हेल्थ केयर एजेन्ट वा वैकल्पिक एजेन्ट होइन।

**साक्षी एक**

हस्ताक्षर गरिएको: \_\_\_\_\_

प्रिन्ट नाम: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

**साक्षी दुई**

हस्ताक्षर गरिएको: \_\_\_\_\_

प्रिन्ट नाम: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

**7. हेल्थ केयर एजेन्टको विवरण (वैकल्पिक):**

हामीले यस कागजातलाई ध्यानपूर्वक पढ्यौं र नियुक्तीलाई स्वीकार गर्दछौं।

हेल्थ केयर एजेन्ट \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

वैकल्पिक हेल्थ केयर एजेन्ट \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

**Honoring Choices Massachusetts Health Care Proxy 07.25.2021- Nepali**

**(म्यासाचुसेट्स हेल्थ केयर प्रोक्सी)**

यो म्यासाचुसेट्स हेल्थ केयर प्रोक्सी विकल्प मैसाचुसेट्स, इन्क (Massachusetts, Inc.) द्वारा सम्मान गरी तैयार गरिएको थियो।

## 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 \_\_\_\_\_