

Instrusãu y Dokumentu pa Prukurasãu di Kuidadu di Saúdi di Massachusetts **(Massachusetts Health Care Proxy Instructions and Document – Cape Verdean Creole)**

Instrusãu: Kalker adultu, ku 18 anu o más, fizikamenti y mentalmenti kapasitadu pa toma disizãu sobri se vida, ten direitu di númia un Ajenti di Kuidadu di Saúdi, através di un Prukurasãu di Asisténsia Médiku. Pa faze un Prukurasãu di Asisténsia Médiku, nhos inprimi kel formuláriu ki ten dôs pájina y nhos pô, na frenti di nhos, kel pájina di instrusãu y kel formuláriu ki nhos sta bai prienxe. Nhos sigi instrusãu pasu-pasu, nhos sina y pô data na Prukurasãu di Asisténsia Médiku, na prizénsa di dôs tistimunha ki ta sina tanbe kel dokumentu dipôs di nhos.

1. Nhos Nómi y Morada (Obrigatóriu)

Nhos skrebe nhos nómi konplétu y morada ku létra di inprénsa na kel spasu vaziu.

2. Nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi é: (Obrigatóriu)

Nhos skrebe nómi, morada y nunbrus di telefóni di nhos Ajenti di Kuidadu di Saúdi ku létra di inprénsa.

- Nhos skodje un algen ki nhos ten konfiansa na el pa toma disizãu sobri nhos kuidadu di saúdi ku bazi na nhos skodja, valoris y krensa, na kazu di nhos própi ka ta pode komunika-s, si nhos ka pode faze o kumunika kes disizãu nhos mé;
- Nhos Ajenti di Kuidadu di Saúdi y kel Ajenti Suplenti ka pode ser diretor, un adiministrador o funsionáriu di kel unidadi undi nhos é pasienti o rizidenti o ki nhos kandidata pa admisãu, amenus ki es é nhos família di sangi, kazamentu o adosãu.

3. Nha Ajenti Suplenti di Kuidadu di Saúdi (El ka é obrigatóriu, má é útil ten un Ajenti Suplenti)

Si pusível, nhos indika un algen di nhos konfiansa komu substitutu o Ajenti Suplenti ki pode, na kazu di nhos Ajenti di Kuidadu di Saúdi ka sta dispunível, dispostu, ka kre o ka é konpetenti pa sirbi, o ka é pusível toma un disizãu na óra. Skrebe ku létra di inprénsa, nómi, morada y nunbrus di telefóni.

4. Otoridadi di Nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi (Obrigatóriu)

É li ki nhos ta da nhos Ajenti otoridadi jeral pa toma “tudu y kalker” disizãu inkluíndu tratamentu di supórti di vida, o limita se otoridadi If you want to give “any and all” decision-making authority, just leave this area blank.

- Si nhos kre da otoridadi di toma “tudu y kalker” disizãu, nhos dexa kel spasu vaziu.
- Si nhos ka kre da otoridadi di toma “kalker y tudu” disizãu, nhos splika na kel spasu li dibaxu kes limitasãu ki nhos ta da nhos Ajenti.

5. Sinatura y Data (Obrigatóriu)

KA nhos sina antis. Nhos sina nhos nómi konplétu y data dianti di dôs tistimunha adultu ki ta sina dipôs di nhos.

- Nhos pode pidi algen pa sina nhos nómi konfórmi nhos kre dianti di kes dôs tistimunha.

6. Diklarasãu di Tistimunha y Sinatura (Obrigatóriu)

Kalker adultu fizikamenti y mentalmenti kapasitadu pa toma disizãu sobri se vida pode ser tistimunha, trandu nhos Ajenti di Kuidadu di Saúdi o Ajenti Suplenti.

- Dôs adultu ten ki sta prizenti komu tistimunha óra ki ta sinadu kel dokumentu li. Es ta sisti-nhos ta sina kel dokumentu, o es ta sisti otu algen ta sina-l, di akordu ku nhos orientasãu, y es ta sina dipôs ta diklara ki nhos ten pelu menus 18 anu di idadi, nhos sta konsienti y nhos ka sta sob ninhun restrisãu o sob kalker ifeitu mariadu.
- Nhos pidi Tistimunha 1 pa sina, dipôs skrebe se nómi ku létra di inprénsa y pô data;
- Dipôs nhos pidi Tistimunha 2 pa sina, y skrebe se nómi ku létra di inprénsa y pô data

7. Diklarasãu di Ajenti di Kuidadu di Saúdi (Si nhos kre)

Kel seksãu li ka é obrigatóriu, má el pode djuda nhos dottor y família sabe ki kes Ajenti ki nhos númia aseita kel kargu. Nhos Ajenti(s) ta sina y es ta skrebe data ku létra di inprénsa na kes spasu indikadu.

Inpurtanti: Nhos guarda nhos Prukurasãu di Asisténsia Médiku orijinal. Nhos faze un kópia y nhos da nhos Ajenti di Kuidadu di Saúdi el. Nhos da nhos dottor y kuidadoris di saúdi un kópia pa es skania na nhos rijistu médiku, asin es ta sabe mó ki es ta kontakta nhos Ajenti, si nhos sta duenti o firidu y nhos ka pode papia pa nhos kabésa.

Prukurasãu di Asistênsia Médiku di Massachusetts
(Massachusetts Health Care Proxy – Cape Verdean Creole)

1. Mi, _____ Morada _____ ,
N ta númia kel algen li pa ser nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi ku otorizasãu pa disidi sobri kuidadus di saúdi na nha nómi. Kel otorizasãu li ta entra na ifeitu si nha dotor ditermina pur skritu ki N ka ten kapasidadi di toma o kumunika kalker disizãu di kuidadus di saúdi, di akordu ku Kapítulu 201D di Leis Jeral di Massachusetts.

2. Nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi é:

Nómi: _____ Morada: _____
Telefóni (s): _____; _____; _____

3. Nha Ajenti Suplenti di Saúdi

Si nha Ajenti ka sta disponível, dispostu o konpitenti, o ka é pusível toma un disizãu na óra, N ta númia:

Nómi: _____ Morada: _____
Telefóni(s): _____; _____; _____

4. Otoridadi di Nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi

N ta da nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi kel mesmu otoridadi ki mi N ten di toma tudu y kalker disizãu sobri kuidadu di saúdi, inkluidu tratamentu di supórti di vida, trandu (faze un lista di limites di otoridadi o da instrusãu, si ten algun):

N ta da nha Ajenti di Kuidadu di Saúdi otoridadi di toma disizãu di kuidadus di saúdi baziadu na se avaliasãu di nhas skodja, valoris y krensa si el ta konxe-s, y na nha midjor interesi si el ka ta konxe-s. N ta da nha Ajenti di Kuidadus di Saúdi kes mesmu direitu ki N ten ki uza na divulgãu di nha informasãu di saúdi y rijistu médiku, konfórmi regulamentu di Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Fotokópias di kel Prukurasãu di Asistênsia Médiku ten mesmu fórsa y ifeitu ku kel orijinal.

5. Sinatura y Data. N ta sina nha nómi y N ta pô data na es Prukurasãu di Asistênsia Médiku na frenti di dôs tistimunha.

SINADU _____ **DATA** _____

6. Diklarasãu di Tistimunha y Sinatura

Nos ki sta sina nos nómi li dibaxu, nu tistimunha sinatura di kel dukumentu pa o sob órdis di kel signatáriu la di riba y nu ta diklara ki kel signatáriu ta parse ki el ten pelu menus 18 anu di idadi, el sta konsienti, y el ka sta sob ninhun restrisãu o sob kalker ifeitu mariadu. Nihun di nos é se ajenti di kuidadu di saúdi o ajenti suplenti.

Tistimunha Un

Tistimunha Dôs

Sinadu: _____ Sinadu: _____

Nómi ku létra di Inprênsa: _____ Nómi ku létra di Inprênsa: _____

Data: _____ Data: _____

7. Diklarasãu di Ajenti di Kuidadu di Saúdi (Si nhos kre):

Nu dja le ku atensãu kel dukumentu li y nu ta aseita kel numiasãu.

Ajenti di Kuidadu di Saúdi _____ Data _____

Ajenti Suplenti di Kuidadu di Saúdi _____ 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 _____