

## Instruções e Documento de Procuração para Cuidados de Saúde em Massachusetts (Massachusetts Health Care Proxy Instructions and Document – European Portuguese)

**Instruções:** Todos os adultos competentes, com 18 anos ou mais, têm direito a nomear um Representante de Cuidados de Saúde através de uma Procuração para Cuidados de Saúde. Para criar a sua Procuração para Cuidados de Saúde, imprima este formulário de duas páginas e coloque a página de instruções e o documento em branco à sua frente. Siga as instruções passo a passo, assine e introduza a data na Procuração para Cuidados de Saúde na presença de duas testemunhas, que deverão assinar e datar o documento depois de si.

### 1. O seu Nome e Morada (*Obrigatório*)

Escreva claramente em letra de forma o seu nome na página em branco. Escreva também claramente em letra de forma a sua morada.

### 2. O meu Representante de Cuidados de Saúde é: (*Obrigatório*)

Escreva claramente em letra de imprensa o nome, morada, e número(s) de telefone do seu Representante de Cuidados de Saúde.

- Escolha uma pessoa em quem confia para tomar decisões de cuidados de saúde por si, com base nas suas escolhas, valores e crenças, caso não consiga tomar ou comunicar decisões por si próprio(a);
- O seu Representante de Cuidados de Saúde e Representante Suplente não podem ser pessoas que sejam operadores, administradores ou funcionários do estabelecimento onde é paciente ou residente ou para a qual se candidatou à admissão, a não ser que sejam seus familiares por laços sanguíneos, casamento ou adoção.

### 3. O meu Representante Suplente de Cuidados de Saúde (*Não é obrigatório, mas é sempre útil ter um Representante Suplente*)

Se possível, nomeie uma pessoa da sua confiança como Representante de Apoio ou Substituto, que possa intervir para tomar decisões sobre cuidados de saúde se o seu Representante de Cuidados de Saúde não estiver disponível, não estiver disposto, ou não for competente para exercer a função, ou não se espera tomar uma decisão a tempo. Escreva claramente em letra de imprensa o nome, morada e respetivo número(s) de telefone.

### 4. Autoridade do meu Representante de Cuidados de Saúde (*Obrigatório*)

É aqui que concede ao seu Representante a autoridade mais extensa possível para tomar «todas e quaisquer» decisões, incluindo tratamentos de suporte à vida, ou limite a sua autoridade dela ou dela:

- Se desejar conceder «toda e qualquer» autoridade no que respeita à tomada de decisões, basta deixar esta área em branco.
- Se não desejar conceder «toda e qualquer» autoridade no que respeita à tomada de decisões, descreva a forma como deseja limitar a autoridade do seu representante e anote-a no espaço fornecido.

### 5. Assinatura e Data (*Obrigatório*)

NÃO assine com antecedência. Assine o seu nome completo e coloque a data na presença de duas testemunhas adultas que assinarão depois de si.

- Pode pedir a alguém que assine o seu nome segundo as suas instruções na presença de duas testemunhas.

### 6. Declaração e Assinatura das Testemunhas (*Obrigatório*)

Qualquer adulto competente pode ser testemunha, exceto o seu Representante de Cuidados de Saúde ou o Representante Suplente.

- Devem estar presentes dois adultos como testemunhas quando este documento for assinado. Eles observam enquanto você assina o documento, ou enquanto qualquer outra pessoa assina sob a sua orientação. Estes devem assinar após a sua assinatura para declarar que você tem pelo menos 18 anos de idade, está em pleno uso das suas faculdades mentais, e não está sob qualquer tipo de pressão ou influência indevida.
- Peça à Testemunha Um que assine e que escreva claramente em letra de imprensa o nome dele ou dela e a data;
- Em seguida, peça à Testemunha Dois que assine e que escreva claramente em letra de imprensa nome dele ou dela nome e a data.

### 7. Declaração do Representante de Saúde (*Opcional*)

Esta secção não é obrigatória, mas pode ser útil para os seus médicos e familiares saberem que os Representantes que nomeou aceitaram o cargo. O(s) seu(s) Representante(s) assina(m) e coloca(m) a data claramente em letra de imprensa nos espaços previstos para o efeito.

**Importante:** Guarde a sua Procuração de Cuidados de Saúde original. Faça uma cópia e entregue-a ao seu Representante de Cuidados de Saúde. Entregue uma cópia aos seus médicos e prestadores de cuidados de saúde para que fique anotado no seu registo médico, a fim de saberem como contactar o seu Representante caso adoeça ou sofra ferimentos e fique incapaz de comunicar por si próprio(a).

Data de Nascimento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Procuração de Cuidados de Saúde de Massachusetts (Massachusetts Health Care Proxy – European Portuguese)

**1. Eu,** \_\_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_,

nomeio a seguinte pessoa como o meu Representante de Cuidados de Saúde, com autoridade para tomar decisões sobre cuidados de saúde em meu nome. Esta autoridade entra em vigor se o meu médico responsável determinar por escrito que não tenho capacidade para tomar ou comunicar decisões sobre cuidados de saúde por mim próprio(a), de acordo com o Capítulo 201D das Leis Gerais de Massachusetts..

### 2. O meu Representante de Cuidados de Saúde é:

Nome: \_\_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_

Número(s) de Telefone: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

### 3. O meu Representante Cuidados de Saúde Suplente

Se o meu Representante não estiver disponível, disposto, ou não for competente, ou não for previsto que tome uma decisão atempada, eu nomeio:

Nome: \_\_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_

Número(s) de Telefone: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

### 4. Autoridade do meu Representante de Cuidados de Saúde

Dou ao meu Representante de Cuidados de Saúde a mesma autoridade que tenho para tomar todas e quaisquer decisões relativas a cuidados de saúde, incluindo decisões sobre tratamentos de suporte à vida, exceto (indique os limites da autoridade ou dê instruções, se for o caso):

---

Autorizo o meu Representante de Cuidados de Saúde a tomar decisões sobre cuidados de saúde com base na sua avaliação das minhas escolhas, valores e crenças, se estas forem do seu conhecimento, e no meu melhor interesse, se não forem do seu conhecimento. Dou ao meu Representante de Cuidados de Saúde os mesmos direitos que tenho no que respeita ao uso e divulgação das minhas informações de saúde e registos médicos, conforme estabelecido pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde de 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. As fotocópias desta Procuração para Cuidados de Saúde têm a mesma validade e efeito do original.

**5. Assinatura e Data.** Eu assino o meu nome e coloque a data nesta Procuração para Cuidados de Saúde na presença de duas testemunhas.

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_

### 6. Declaração e Assinatura das Testemunhas

Nós, abaixo assinados, testemunhamos a assinatura deste documento pelo signatário acima ou sob as suas instruções e declaramos que o signatário parece ter pelo menos 18 anos de idade, estar em pleno uso das suas faculdades mentais, e não estar sob qualquer constrangimento ou influência indevida. Nenhum de nós é o representante de cuidados de saúde ou representante suplente.

#### *Testemunha Um*

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

#### *Testemunha Dois*

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### 7. Declaração do Representante de Cuidados de Saúde (Opcional):

Lemos este documento cuidadosamente e aceitamos a nossa nomeação.

Representante de Cuidados de Saúde \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Representante de Cuidados de Saúde Suplente \_\_\_\_\_ 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 appear to be 18 years old, of sound mind, and under no constraint or undue influence.
- Have Witness One sign, then print name and the date;
- Then have Witness Two sign and print 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 Agent(s) 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. If there are exceptions to your Agent's decision-making, list here.

\_\_\_\_\_.  
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 \_\_\_\_\_