

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 adoença 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 coloco 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 _____