

FORMULÁRIO DE PROCURAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE MASSACHUSETTS

Eu, _____ (outorgante), residente em, _____, _____ County, Massachusetts, de acordo com as Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 201D, nomeio a seguinte pessoa para ser meu Agente de Saúde:

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade / Estado / CEP: _____

Se meu Agente de Saúde indicado acima não estiver disponível, nomeio como Agente de Saúde alternativo:

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade / Estado / CEP: _____

Dou ao meu agente de saúde autoridade para tomar todas as decisões de saúde em meu nome se eu me tornar incapaz de tomar tais decisões por mim mesmo, incluindo, mas não se limitando a decisões relativas ao início, continuação, retirada ou recusa de qualquer cuidado, tratamento ou serviço que prolongue a vida ou procedimento, EXCETO (aqui liste as limitações, SE HOUVER, você deseja colocar sob a autoridade do seu agente):

Meu Agente de Saúde deve tomar decisões sobre cuidados de saúde para mim de acordo com a avaliação do meu Agente de Saúde sobre meus desejos, incluindo minhas crenças religiosas e morais. Se meus desejos forem desconhecidos, meu Agente de Saúde deverá tomar tais decisões por mim apenas de acordo com a avaliação de meu Agente de Saúde sobre meus melhores interesses.

Meu agente pode obter toda e qualquer informação médica, incluindo informações médicas confidenciais, que eu teria o direito de receber. As fotocópias desta Procuração para Cuidados de Saúde terão a mesma força e efeito que o original e podem ser dadas a outros prestadores de cuidados de saúde.

A autoridade do meu Agente de Saúde para agir em meu nome existirá apenas durante o período durante o qual meu médico assistente determinar que não tenho capacidade para tomar ou comunicar decisões de saúde para mim mesmo.

Assino esta Procuração para Cuidados de Saúde no dia _____, 20 ____, na presença de duas testemunhas.

Assinado: _____

(Se o outorgante não puder assinar) Ooutorgant não pode assinar e sob a direção do outoorgante eu assinei seu nome na presença dele e de duas testemunhas.

Nome: _____

Rua: _____ Cidade / Vila: _____

FORMULÁRIO DE PROCURAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE MASSACHUSETTS

Nós, as testemunhas abaixo assinadas, declaramos na presença do outorgante que nenhum de nós foi nomeado como Agente de Saúde ou Agente de Saúde alternativo nesta Procuração de Cuidados de Saúde, e declaramos ainda que o diretor assinou este instrumento como seu Procuração de Cuidados de Saúde, ou dirigiu a sua execução, na presença de cada um de nós, que cada um de nós assine esta Procuração de Cuidados de Saúde como testemunha na presença do outorgante, e que tanto quanto é do nosso conhecimento ele / ela tem dezoito anos (18) anos de idade ou mais, mente sã e sem restrições ou influência indevida.

Testemunha: _____ Nome Impresso: _____

Endereço: _____

Testemunha: _____ Nome Impresso: _____

Endereço: _____

DECLARAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE (OPCIONAL)

Agente de Saúde: Fui nomeado pelo _____ (o "outorgante") como o Agente de Saúde do outorgante por seu procurador de saúde e, por meio deste, aceito esta nomeação. O outorgante me comunicou seus desejos de cuidados de saúde em um momento de possível incapacidade e tentarei realizar os desejos do outorgant. Não sou um operador, administrador ou funcionário de um hospital, casa de repouso, asilo, Quartel ou outra unidade de saúde onde o outorgante é atualmente um paciente ou residente ou solicitou admissão; ou se sou tal pessoa, também sou parente do diretor por sangue, casamento ou adoção.

Assinatura do Agente de Saúde: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO DE AGENTE ALTERNATIVO DE CUIDADOS DE SAÚDE (OPCIONAL)

Suplente: Fui nomeado pelo _____ (o "outorgante") como o Agente de Saúde Alternativo do outorgante por seu Procurador de Saúde e, por meio deste, aceito esta nomeação. O outorgante me comunicou seus desejos de cuidados de saúde em um momento de possível incapacidade e tentarei realizar os desejos do outorgante. Não sou um operador, administrador ou funcionário de um hospital, casa de repouso, asilo, Quartel ou outra unidade de saúde onde o outorgante é atualmente um paciente ou residente ou solicitou admissão; ou se sou tal pessoa, também sou parente do diretor por sangue, casamento ou adoção.

Assinatura do Agente Alternativo de Saúde: _____ Data: _____