

UMASS MEMORIAL HEALTH
MASSACHUSETTS
PROCURAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

NAME: _____

BIRTHDATE/AGE: _____

SEX: _____

MEDICAL RECORD NUMBER: _____

HAR / CSN ACCOUNT NUMBER: _____

- HealthAlliance-Clinton Hospital
- Marlborough Hospital
- UMass Memorial Health - Harrington Hospital
- UMass Memorial Medical Center
- UMass Memorial Medical Group | Location: _____

PRINT CLEARLY IN INK OR APPLY PATIENT LABEL

1

Eu, _____, residente em _____
(escreva seu nome aqui)

(endereço)

(cidade/município)

(estado)

nomeio como meu agente de cuidados de saúde: _____
(nome da pessoa escolhida como agente) (relação com o(a) paciente)

de _____
(endereço) (cidade/município) (estado) (telefone)

(Opcional: Se meu agente estiver indisposto ou não puder cumprir suas funções, nomeio como agente **alternativo**:

_____ de _____
(nome) (relationship to patient)

(endereço)

(cidade/município)

(estado)

(telefone)

Meu agente terá autoridade para tomar todas as decisões relacionadas à saúde por mim, incluindo decisões sobre tratamento de suporte à vida, sujeitas a mudanças se alguma das limitações estiver listada abaixo, se eu não puder tomar decisões relacionadas à saúde por conta própria. A autoridade do meu agente se torna efetiva se meu médico determinar, por escrito, que não tenho capacidade para tomar ou comunicar decisões relacionadas à saúde. A partir de então, meu agente terá a mesma autoridade para tomar decisões relacionadas à saúde que eu teria se tivesse a capacidade de tomar essas decisões **EXCETO** se (liste aqui as limitações, se houver, que você deseja impor à responsabilidade do seu AGENTE):

Eu instruo meu agente a tomar decisões relacionadas à saúde com base em sua avaliação sobre meus desejos pessoais. Se meus desejos pessoais não forem conhecidos, meu agente deverá tomar decisões relacionadas à saúde com base em sua avaliação de meus interesses. As cópias dessa procuração de cuidados de saúde devem ter o mesmo efeito que a original.

Observação: Não escolha como seu agente de cuidados de saúde um funcionário ou membro da instituição de cuidados de saúde da qual você é ou espera ser paciente, a menos que tenha ligação com essa pessoa por parentesco, casamento ou adoção.

Assinado: _____ **Data:** _____

Preencha apenas se o outorgante não tiver capacidade física para assinar: Assinei em nome do outorgante acima de acordo com as instruções dele, na presença do outorgante e de duas testemunhas.

(nome)

(endereço)

(cidade/município)

(estado)

DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA: Nós, abaixo assinados, testemunhamos a assinatura da procuração de cuidados de saúde pelo outorgante ou de acordo com as instruções do outorgante, e declaramos que o outorgante tem, no mínimo, 18 anos, está em juízo perfeito e não foi coagido ou sofreu influência inadequada. Nenhum de nós é o agente de cuidados de saúde ou o agente alternativo deste documento.

Testemunha #1: _____ Testemunha #2: _____
(assinatura) (assinatura)

Nome (em letra de forma): _____ Nome (em letra de forma): _____

Endereço: _____ Endereço: _____

