

Honoring Choices Massachusetts

Enstriksyon ak fòm pwokirasyon pou swen medikal nan Massachusetts

Enstriksyon: Tout adilt ki konpetan, ki gen 18 an oswa plis, gen dwa pou l nonmen yon ajan pou swen medikal nan yon dokiman pwokirasyon pou swen medikal. Pou kreye pwokirasyon pou swen medikal ou a an kreyòl ayisyen epi ann anglè, enprime dokiman twa paj sa a konsa ou ka gen enstriksyon yo ansanm ak de (2) fòm blanch yo devan w. Suiv enstriksyon yo epi ranpli toule de fòm yo avèk egzakteman menm enfòmasyon an epi menm dat la. Dabò ranpli fòm ki an kreyòl ayisyen an, epi siyen l epi mete dat sou li devan de (2) temwen, ki pral siyen epi mete dat sou li aprè w. Ansuit ranpli fòm ki ann anglè a avèk egzakteman menm enfòmasyon ak menm dat la sou li, epi siyen epi mete dat sou li devan de (2) temwen, ki pral siyen epi mete dat aprè w.

1. Non ak adrès ou

Ekri non konplè w an lèt majiskil nan espas vid la. Ekri adrès ou an lèt majiskil.

2. Ajan pou swen medikal mwen se:

Ekri non, adrès ak nimewo telefòn ajan pou swen medikal ou a an lèt majiskil.

- Chwazi yon moun ou fè konfyans pou pran desizyon nan domèn swen medikal pou ou selon chwa w, valè ak kwayans ou, sizoka w paka pran desizyon w yo oswa kominike yo pou tèt ou;
- Ajan pou swen medikal ou ak ajan sipleyan an paka yon moun ki se yon operatè, administratè oswa anplwaye nan etablisman kote w se yon pasyan, oswa w se yon rezidan oswa ou te aplike pou entènè, sofsi yo se fanmi pwòch ou, fanmi pa alyans oswa fanmi pa adopsyon.

3. Ajan sipleyan mwen pou swen medikal:

Ekri non, adrès ak nimewo telefòn ajan sipleyan w lan an lèt majiskil.

- Chwazi yon moun ou fè konfyans pou pran desizyon nan domèn swen medikal ou pou ou si ajan pou swen medikal ou a pa disponib, pa vle oswa pa konpetan pou l sèvi kòm ajan w, oswa li paka pran yon desizyon ki rapid si sa ta nesèsè.

4. Otorite ajan swen medikal mwen an:

Men kote ou bay ajan w lan otorite oswa pouvwa pou l pran desizyon pou ou.

- Si w vle pou ajan w lan pran tout desizyon yo pou ou nan tout sitiyasyon, jis kite pati sa a vid.
- Si genyen kèk desizyon ou pa vle pou ajan w lan pran oswa nenpòt enstriksyon pou l bay, ekri limit nan otorite oswa enstriksyon nan espas vid yo bay pou sa a.

5. Siyati ak dat:

Siyen non konplè w devan de (2) temwen ki adilt, k ap siyen aprè w fin siyen. Ekri dat la.

- Ou ka fè yon moun siyen non w daprè enstriksyon ou bay devan de (2) temwen.

6. Deklarasyon temwen ak siyati:

Nenpòt adilt ki konpetan ka sèvi kòm temwen eksepte ajan pou swen medikal ou a ak ajan sipleyan w lan.

- De (2) adilt dwe prezan kòm temwen lè w ap siyen dokiman sa a. Y ap gade pandan w ap siyen dokiman an, oswa pandan yon lòt moun ap siyen pou ou daprè enstriksyon ou bay, epi yo siyen aprè w pou deklare ou gen omwen 18 an, ou gen tout kapasite w, epi ou pa sou ankenn kontrent oswa sou ankenn enfliyans oswa presyon eksèsif.
- Fè premye temwen an siyen, epi ekri non l an lèt majiskil ak dat la;
- Ansuit fè dezyèm temwen an siyen epi ekri non l an lèt majiskil ak dat la.

7. Deklarasyon ajan pou swen medikal la: (Ochwa)

Seksyon sa a pa obligatwa, men li ka ede doktè w ak fanmi w konnen ajan ou te nonmen an te aksepte pozisyon an. Pou itilize seksyon sa a, fè ajan w (yo) siyen epi mete dat la nan espas yo bay pou sa.

Enpòtan: Ranpli ni fòm ki an kreyòl ayisyen an ni fòm ki ann anglè a menm lè. Asire w toule de fòm yo genyen egzakteman menm enfòmasyon, yo gen siyati, dat ak temwen. Fè yon kopi epi bay ajan pou swen medikal ou a yon kopi, epi bay doktè w yo yon kopi pou yo mete nan dosye medikal ou.

Pwokirasyon pou swen medikal nan Massachusetts

DOB

1. Mwen menm, _____ Adrès: _____, ____/____/____

nonmen moun sa a pou sèvi kòm ajan pou swen medikal mwen avèk otorite pou pran desizyon nan domèn swen medikal pou mwen. Otorite sa a vin anviye si doktè k ap trete m nan detèmine alekri mwen pa gen kapasite pou m pran desizyon pou swen medikal oswa pou m kominiye yo pou tèt mwen, ann akò ak Chapit 201D nan Lwa Jeneral Massachusetts (General Laws of Massachusetts).

2. Ajan pou swen medikal mwen an se:

Non: _____ Adrès: _____

Telefòn(yo): _____; _____; _____

3. Ajan sipleyan pou swen medikal mwen

Si ajan mwen an pa disponib, pa vle oswa pa konpetan, oswa paka pran yon desizyon ki rapid si sa ta nesèsè, mwen nonmen:

Non: _____ Adrès: _____

Telefòn(yo): _____; _____; _____

4. Otorite ajan pou swen medikal mwen an genyen

Mwen bay ajan pou swen medikal mwen an menm otorite mwen genyen pou l pran tout desizyon nan domèn swen medikal, ikonpri desizyon sou tretman ki pou pwolonje lavi m, eksepte (site limit nan otorite ou bay la oswa bay kèk enstriksyon, si genyen): _____

Mwen otorize ajan pou swen medikal mwen an pou l pran desizyon nan domèn swen medikal ki baze sou evalyasyon li fè sou chwa, valè ak kwayans mwen, si l konnen yo, epi nan meyè enterè mwen si l pa konnen yo. Mwen bay ajan pou swen medikal mwen an menm dwa mwen genyen pou itilizasyon ak divilgasyon enfòmasyon medikal mwen ak dosye medikal mwen dapre Lwa sou Responsablite ak Pòtabilite Asirans Medikal ane 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA*), 42 U.S.C. 1320d. Fotokopi pwokirasyon pou swen medikal sa a genyen menm fòs ak efè orijinal la genyen.

5. Siyati ak dat. Mwen siyen non m epi m mete dat sou pwokirasyon pou swen medikal sa a an prezans de (2) temwen.

SIYEN _____

DAT _____

6. Deklarasyon temwen an ak siyati (Obligatwa)

Nou menm, ki siyen anba a, te temwen lè moun ki siyen anwo a t ap siyen dokiman sa a oswa selon enstriksyon moun ki siyen anwo a epi nou deklare moun ki siyen an sanble gen omwen 18 an, li gen tout kapasite l epi li pa sou ankenn enfliyan oswa presyon eksèsif. Ankenn nan nou pap sèvi kòm ajan pou swen medikal oswa ajan sipleyan pou swen medikal.

Premye temwen

Siyen: _____

Ekri non an lèt majiskil: _____

Dat: _____

Dezyèm temwen

Siyen: _____

Ekri non an lèt majiskil: _____

Dat: _____

7. Deklarasyon ajan pou swen medikal la (Ochwa):

Nou te li dokiman sa a avèk anpil atansyon epi nou aksepte nominasyon an.

Ajan pou swen medikal _____

Dat _____

Ajan sipleyan pou swen medikal _____

Dat _____

Massachusetts Health Care Proxy

DOB

____/____/____

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** _____