

## MASSACHUSETTS HEALTH CARE PROXY PROCURAÇÃO PARA CUIDADOS DE SAÚDE DE MASSACHUSETTS Informação, Instruções e Formulário

### O que permite a Lei de Procuração para Cuidados de Saúde (“Health Care Proxy Law”)?

A **Lei de Procuração para Cuidados de Saúde** é um simples documento legal que lhe permite designar uma pessoa que você conheça e em quem tenha absoluta confiança, para tomar, em seu nome, decisões relativas à sua saúde, no caso de você se encontrar incapacitado de tomar ou comunicar essas decisões. Isto é um documento muito importante, pois que se relaciona não só às decisões que tomar sobre os seus cuidados de saúde, mas também às suas relações com o seu médico, família e com outras pessoas relacionadas com os seus cuidados de saúde. Para ter a certeza de que os seus desejos sejam respeitados, leia este documento e siga as instruções nele incluídas.

De acordo com a “Health Care Proxy Law” (Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 201D), qualquer adulto competente de 18 anos ou mais de idade pode usar este formulário para designar um Agente de Cuidados de Saúde (“Health Care Agent”). Você (o “Principal”) pode designar qualquer adulto, EXCETO o administrador, o operador ou um empregado de uma instituição de cuidados de saúde, tais como um hospital ou sanatório (“nursing home”) no qual você seja paciente ou residente, A NÃO SER QUE essa pessoa seja seu parente consanguíneo, por matrimônio, ou por adoção. Se você mora em Massachusetts ou não, pode usar este formulário se receber seus cuidados de saúde dentro do estado de Massachusetts.

### O que pode fazer o meu agente?

O seu Agente pode tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde *só* quando você, por qualquer motivo, não as pode tomar por sua conta. Isto quer dizer que o seu Agente pode decidir em seu nome, quando você estiver temporariamente inconsciente, em estado de coma, ou sofrendo de uma doença que o impeça de tomar ou comunicar decisões sobre os seus cuidados de saúde. O seu Agente não pode decidir em seu nome a não ser que o seu médico determine, por escrito, que você não possui a capacidade de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde. O seu médico lhe comunicará esta situação se houver sinais de que você o pode entender.

Usando a autoridade que lhe fôr conferida por si, o seu Agente pode tomar todas as decisões que você poderia tomar se estivesse em condições de o fazer. Se você der ao seu Agente autoridade total para decidir em seu nome, ele pode aceitar ou recusar qualquer tratamento médico, incluindo tratamentos que poderiam mantê-lo vivo.

O seu Agente tomará decisões em seu nome somente depois de falar com o seu médico ou provedor de cuidados de saúde, e de considerar em pormenor todas as opções existentes em relação ao diagnóstico, prognose e tratamento da sua doença ou estado. O seu Agente tem o direito legal de obter qualquer informação, incluindo informação médica confidencial, necessária para tomar as melhores decisões em seu nome.

O seu Agente tomará as decisões sobre os seus cuidados de saúde de acordo com os seus desejos ou a interpretação deles dos seus desejos, incluindo as suas convicções religiosas ou morais. Antes de dar instruções ao seu Agente, você pode querer falar com o seu médico, com o seu conselheiro espiritual ou com outras pessoas. É muito importante que você fale com o seu Agente, de modo que ele saiba o que é importante para si. Se o seu Agente não souber quais são os seus desejos acerca de uma situação em particular, o seu Agente deverá tomar decisões baseadas no que ele considere que é melhor para si. Se o seu médico determinar que você não tem a capacidade de tomar decisões relacionadas com os seus cuidados de saúde e você não concordar com qualquer decisão tomada pelo seu Agente, será respeitada a sua decisão, a não ser que um tribunal determine que você está incapacitado de tomar decisões a respeito dos seus cuidados de saúde.

As decisões tomadas pelo seu Agente terão a mesma autoridade que teriam as suas próprias se você estivesse em condições de as tomar, e serão respeitadas sobre as decisões tomadas por qualquer outra pessoa, com a exceção de qualquer limitação que você mesmo possa ter estabelecido e com a exceção de uma Ordem de Tribunal que anule especificamente a Procuração.

### Como se preenche o formulário?

**1** Na parte superior do formulário, escreva com letra de imprensa o seu nome e endereço completos. Escreva em letra de imprensa o nome, o endereço e o número de telefone da pessoa que você escolheu como o seu Agente de Cuidados de Saúde. (**Opcional:** Se você pensa que o seu Agente pode não estar disponível no futuro, pode designar uma segunda pessoa como Agente Alternativo. O Agente Alternativo será chamado se o Agente não queira ou não possa servir como tal.)

**2** O estabelecimento de limitações à autoridade do seu Agente pode dificultar a ação dele numa circunstância inesperada. Se deseja que o seu Agente tenha autoridade total para tomar decisões em seu nome, deixe o espaço para as limitações em branco. Se, por outro lado, deseja limitar o tipo de decisões que o seu Agente ou o Agente Alternativo possam tomar, inclua essas limitações neste espaço.

**3** ANTES de assinar, assegure-se de que dois adultos estejam presentes que sirvam de testemunhas e observam a sua assinatura do documento. As únicas pessoas que não podem servir de testemunhas são o seu Agente e o seu Agente Alternativo. Em seguida, assinar e datar o documento mesmo. (Se estiver fisicamente incapacitado para assinar, designe outra pessoa para que assine o seu nome às suas ordens. A pessoa que assina o seu nome deverá indicar o nome e o endereço dele(a) nos espaços provistos para isso.)

**4** Peça às suas testemunhas que preencham a data e assinem os seus nomes e endereços em letra de imprensa.

**5** **OPCIONAL:** No reverso do formulário há declarações que deverão ser assinadas pelo seu Agente e qualquer Agente Alternativo que você tenha designado. Isto não é requerido por lei, mas recomenda-se que o faça para assegurar que você falou com a pessoa ou pessoas que podem ter de tomar decisões importantes sobre os seus cuidados de saúde, e que estas pessoas entendem a importância da tarefa que podem ver-se obrigados a efetuar.

### Quem deverá ter o original e quem deverá ter as cópias?

Uma vez que você tenha completado o formulário, tire esta página de informações e instruções e faça pelo menos quatro fotocópias do formulário. Guarde você mesmo o original num lugar em que possa ser encontrado facilmente (*não* ponha na sua caixa de depósitos). Entregue uma cópia ao seu médico e/ou ao seu plano de saúde para se colocar no seu arquivo. Entregue cópias ao seu Agente e ao Agente Alternativo, se o tiver. Pode entregar também cópias a membros da sua família, ao seu representante religioso, ao seu advogado e a outras pessoas que possam tomar parte nas decisões sobre o seus cuidados de saúde.

### Como posso revocar ou cancelar o documento?

A sua Procuração para Cuidados de Saúde é revogada quando ocorrer uma das seguintes situações:

1. Você assina mais tarde outra Procuração de Cuidados de Saúde.
2. Você separa-se legalmente ou divorcia-se do seu cônjuge, o qual tinha sido designado na Procuração como o seu Agente.
3. Você avisa o seu Agente, o seu médico ou outro provedor de cuidados de saúde, verbalmente ou por escrito, que deseja revocar a sua Procuração de Cuidados de Saúde.
4. Você faz algo que demonstra claramente que deseja revocar a procuração, por exemplo: rasga ou destrói a procuração, risca-a, avisa outras pessoas sobre a sua intenção, etc.