

**MASSACHUSETTS
HEALTH CARE PROXY
(ALBANIAN)**

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

NAME: _____

BIRTHDATE/AGE: _____

SEX: _____

MEDICAL RECORD NUMBER: _____

ECD / ACCOUNT NUMBER: _____

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

1

Unë, _____, banues në _____, (shkruani emrin me germa të mëdha)

(rruga)

(qyteti)

(shteti)

emëroj si përfaqësuesin tim të kujdesit shëndetësor: _____ (emri i personit të zgjedhur si përfaqësues) (marrëdhënia me pacientin)

me adresë _____ (rruga) (qyteti) (shteti) (numri i telefonit)

(Opsionale: Nëse përfaqësuesi im nuk dëshiron ose e ka të pamundur të ofrojë shërbimin, atëherë unë emëroj si **zëvendësues**:

_____, me adresë _____ (emri) (marrëdhënia me pacientin)

(rruga)

(qyteti)

(shteti)

(numri i telefonit)

Përfaqësuesi im ka autoritetin të marrë çdo vendim në lidhje me kujdesin tim shëndetësor, duke përfshirë vendimet për trajtimet për mbajtjen në jetë, objekt ndryshimi nëse ka kufizime të përcaktuara me shkrim më poshtë, nëse unë nuk jam në gjendje të marr vetë vendime për kujdesin tim shëndetësor. Autoriteti i përfaqësuesit tim hyn në fuqi nëse mjeku që më ndjek përcakton me shkrim se nuk jam në gjendje të marr ose të komunikoj vendime për kujdesin shëndetësor. Pas kësaj, përfaqësuesi im do të gëzojë të njëjtin autoritet për të marrë vendime për kujdesin shëndetësor që do të gëzoja unë nëse do të isha në gjendje t'i merrja të tilla vendime **ME PËRJASHTIM** (këtu renditni kufizimet, nëse ka, që dëshironi të vendosni për autoritetin e PËRFAQËSUESIT tuaj):

Unë autorizoj përfaqësuesin tim të marrë vendime për kujdesin tim shëndetësor sipas gjykimit të tij/saj për vullnetin tim. Nëse vullneti im nuk dihet, përfaqësuesi im duhet të marrë vendime për kujdesin tim shëndetësor sipas gjykimit të tij/saj në interesin tim më të mirë. Fotokopjet e kësaj prokure për kujdesin shëndetësor kanë të njëjtin efekt ligjor si kopja origjinale.

Shënim: Si përfaqësuesin tuaj të kujdesit shëndetësor nuk duhet të zgjidhni një punonjës ose anëtar të institucionit të kujdesit shëndetësor në të cilin jeni ose pritet të jeni pacient, përveç nëse keni lidhje gjaku, martesore ose birësimi me personin në fjalë.

Nënshkrimi: _____ **Data:** _____

Plotësoni vetëm nëse i përfaqësuarit nuk mund të nënshkruajë për shkak të pamundësisë fizike: Unë kam nënshkruar më lart emrin e të përfaqësuarit, me udhëzimin e tij/saj, në praninë e të përfaqësuarit dhe të dy dëshmitarëve.

(emri)

(rruga)

(qyteti)

(shteti)

DEKLARATA E DËSHMITARËVE: Ne, të nënshkruarit, secili dëshmuam nënshkrimin e prokurës për kujdesin shëndetësor nga i përfaqësuarit ose me udhëzimin e të përfaqësuarit, dhe deklarojmë se i përfaqësuarit është minimalisht 18 vjeç, me zotësi të plotë për të vepruar dhe pa asnjë kufizim apo ndikim. Asnjëri prej nesh nuk është emëruar si përfaqësues i kujdesit shëndetësor ose zëvendësues në këtë dokument.

Dëshmitari #1: _____ (nënshkrimi) Dëshmitari #2: _____ (nënshkrimi)

Emri (me germa të mëdha): _____ Emri (me germa të mëdha): _____

Adresa: _____ Adresa: _____

