



स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि

न्यूयार्क राज्य में अपना स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त करना

New York Health Care Proxy Law (न्यूयार्क स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी कानून) आपको किसी ऐसे व्यक्ति को नियुक्त करने की अनुमति देता है, जिस पर आपको विश्वास हो - उदाहरण के लिए परिवार का कोई सदस्य, समलिंगी साथी, या करीबी दोस्त - जो, यदि आप अपनेआप निर्णय लेने की क्षमता खो दें तो आपकी तरफ से स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय ले सकते हैं। स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त करके, आप आश्वस्त हो सकते हैं कि स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता आपकी इच्छाओं का पालन करें। आपका एजेंट भी यह तय कर सकता है कि आपकी चिकित्सीय हालत बदलने पर आपकी इच्छाएं किस तरह लागू की जाएं। अस्पताल, डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं को आपके एजेंट के फैसलों का पालन उसी तरह करना होगा, जैसे वे आपके ही फैसले हों। अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के लिए चयनित व्यक्ति को आप जितना प्राधिकार चाहें, कम या ज्यादा, उतना प्राधिकार दे सकते हैं। आप अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट को सभी स्वास्थ्य परिचर्या फैसले या सिर्फ कुछ विशेष फैसले ही लेने की अनुमति दे सकते हैं। आप अपने एजेंट को कुछ निर्देश भी दे सकते हैं, जिनका वह पालन करे। इस फॉर्मका प्रयोग अंग और/या ऊतक दान के संबंध में आपकी इच्छाओं या निर्देशों को दर्ज करने के लिए भी किया जा सकता है।

स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म के बारे में

यह एक महत्वपूर्ण कानूनी प्रलेख है। हस्ताक्षर करने से पहले, आपको निम्नलिखित बातों को समझ लेना चाहिए:

1. यह फॉर्म आपके द्वारा अपने एजेंट के रूप में चुने गए व्यक्ति को जीवन-रक्षक उपचार हटाने या देने सहित आपके सभी स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने की अनुमति देता है, जब तक आप इस फॉर्म में अन्यथा नहीं कहते। "स्वास्थ्य परिचर्या" का अर्थ है आपकी शारीरिक या मानसिक हालत का निदान करने या उपचार करने के लिए कोई उपचार, सेवा या प्रक्रिया।
2. जब तक आपका एजेंट कृत्रिम पोषण और जलयोजन (फीडिंग ट्यूब या अंतःशिरा लाइन द्वारा प्रदान किए जाने वाला पोषण एवं पानी) के बारे में आपकी इच्छाओं को यथोचित रूप से नहीं जानता, उसे आपके लिए उन उपायों के लिए इनकार करने या सहमति देने की अनुमति नहीं दी जाएगी।
3. आपका एजेंट आपके लिए फैसले लेना तब शुरू करेगा, जब आपका डॉक्टर यह निर्णय ले ले कि आप अपने लिए स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने में सक्षम नहीं हैं।
4. आप जिस तरह के उपचार नहीं लेना चाहते और/या जिन उपचारों को लेने के बारे में आश्वस्त होना चाहते हैं, उनके उदाहरण इस फॉर्म पर दर्ज कर सकते हैं। एजेंट के निर्णय लेने की शक्ति सीमित करने के लिए निर्देश दिए जा सकते हैं। आपके लिए फैसले लेते समय, आपके एजेंट को आपके निर्देशों का पालन करना होगा।
5. इस फॉर्म को भरने के लिए आपको किसी वकील की जरूरत नहीं है।
6. आप अपने एजेंट के रूप में परिवार के किसी सदस्य, समलिंगी साथी, या करीबी दोस्त समेत किसी भी वयस्क (18 साल या अधिक उम्र के) व्यक्ति को चुन सकते हैं यदि आप किसी डॉक्टर को अपने एजेंट के रूप में चुनते हैं तो उसे आपके एजेंट के रूप में काम करने या आपके परिचारक डॉक्टर के रूप में काम करने, दोनों में से एक का चयन करना होगा, क्योंकि एक डॉक्टर एक समय में दोनों काम नहीं कर सकता। इसके साथ ही, यदि आप एक रोगी हैं या अस्पताल, नर्सिंग होम के प्रवासी हैं, या मानसिक स्वास्थ्य संस्था के प्रवासी हैं तो उस संस्था के लिए आपके एजेंट के रूप में काम करने वाले किसी व्यक्ति का नाम देने के बारे में विशेष प्रतिबंध हैं। उस संस्था के स्टाफ से उन प्रतिबंधों का विवरण देने के लिए कहें।
7. किसी को अपना स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त करने से पूर्व, उससे चर्चा करके यह सुनिश्चित करें कि वह आपके एजेंट के रूप में कार्य करने का/की इच्छुक है। आप जिस व्यक्ति को चुनते हैं, उसे यह बता दें कि वह आपका/आपकी स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट है। इस फॉर्म और अपनी स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी इच्छाओं के बारे में अपने एजेंट से चर्चा करें। उसे एक हस्ताक्षरित प्रति देना न भूलें। सदाशयता में किए गए निर्णयों के लिए स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट पर मुकदमा नहीं चलाया जा सकता।
8. यदि आपने अपने पति/पत्नी को अपना स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट बनाया है और बाद में आपका तलाक हो जाता है या आप कानूनी तौर पर अलग हो जाते हैं तो यदि आप अन्यथा नहीं कहते हैं, तो आपके पति/पत्नी कानूनी तौर पर अब आपके एजेंट नहीं रह सकते। यदि आप अपने भूतपूर्व पति/पत्नी को अपना एजेंट बनाए रखना चाहते हैं तो आप इसे वर्तमान फॉर्म पर नोट कर सकते हैं और तारीख डाल सकते हैं या अपने भूतपूर्व पति/पत्नी का नाम लिखकर एक नया फॉर्म भर सकते हैं।
9. भले ही आपने इस फॉर्म पर हस्ताक्षर कर दिए हैं, जब तक आप सक्षम हैं आपको अपनी स्वास्थ्य परिचर्या से संबंधित फैसले लेने का अधिकार है, और यदि आप आपत्ति करते हैं तो आपको उपचार दिया या रोका नहीं जा सकता, न ही आपके एजेंट के पास आपत्ति करने की कोई शक्ति होगी।
10. आप अपने एजेंट या स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता को मौखिक रूप से या लिखित में बताकर, उसे दिए गए प्राधिकार को रद्द कर सकते हैं।
11. स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त करना स्वैच्छिक है। किसी एजेंट को नियुक्त करने के लिए कोई आपसे नहीं कह सकता।
12. अंग और/या ऊतक दान करने के संबंध में अपनी इच्छाओं या निर्देशों को आप इस फॉर्म पर व्यक्त कर सकते हैं।

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

मुझे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट क्यों नियुक्त करना चाहिए?

यदि आप असमर्थ हो जाएं, चाहे अस्थायी रूप से ही, आपकी स्वास्थ्य परिचर्या से संबंधित फैसले लेने के लिए, किसी अन्य व्यक्ति को आपके लिए फैसले लेने चाहिए। स्वास्थ्य परिचर्या दाता मार्गदर्शन के लिए अक्सर परिवार के सदस्यों की ओर देखते हैं। परिवार के सदस्य यह बता सकते हैं कि किसी उपचार विशेष के संबंध में आपकी क्या इच्छाएं हैं। कोई एजेंट नियुक्त करके आप निम्नलिखित द्वारा अपने चिकित्सकीय उपचार पर नियंत्रण कर सकते हैं:

- आपकी ओर से स्वास्थ्य परिचर्या फैसले लेने के लिए अपने एजेंट को अनुमति देकर, जैसा कि आप उनके द्वारा अपने लिए फैसले लेना चाहते;
- स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने के लिए किसी व्यक्ति का चयन करके क्योंकि आपको लगता है कि वह व्यक्ति आपके लिए सर्वोत्तम निर्णय ले सकता है;
- परिवार के सदस्यों और/या अन्य महत्वपूर्ण लोगों के बीच लड़ाई या भ्रम से बचने के लिए किसी व्यक्ति को चुनकर।

यदि आपकी पहली पसंद आप के लिए निर्णय नहीं कर सकता तो आप उसके स्थान पर कोई वैकल्पिक एजेंट भी नियुक्त कर सकते हैं।

स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट कौन बन सकता है?

18 साल या उससे अधिक उम्र का कोई भी स्वास्थ्य परिचर्याएजेंट बन सकता है। जिस व्यक्ति को आप अपने एजेंट या वैकल्पिक एजेंट के रूप में नियुक्त कर रहे हैं, वह व्यक्ति आपके स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर एक गवाह के रूप में हस्ताक्षर नहीं कर सकता।

मैं कोई स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट कैसे नियुक्त करूँ?

18 साल या उससे अधिक उम्र के सभी सक्षम वयस्क स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर हस्ताक्षर करके एक स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त कर सकते हैं। आपको किसी वकील या नोटरी की जरूरत नहीं है, सिर्फ दो वयस्क गवाह चाहिए। आपका एजेंट एक गवाह के रूप में हस्ताक्षर नहीं कर सकता। आप यहाँ मुद्रित फॉर्म का उपयोग कर सकते हैं, लेकिन आपको इस फॉर्म का उपयोग करने की जरूरत नहीं है।

मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरे लिए स्वास्थ्य परिचर्यासंबंधी निर्णय लेना कब शुरू करेगा?

आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट आपके लिए फैसले लेना तब शुरू करेगा, जब आपका डॉक्टर यह निर्णय ले ले कि आप अपने स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने में सक्षम नहीं हैं। जब तक आप अपने लिए स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने में सक्षम हैं, तब तक आपके पास ऐसा करने का अधिकार रहेगा।

मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट कौन से निर्णय ले सकता है?

यदि आप अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट का प्राधिकार सीमित नहीं करते तो आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट ऐसा स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी कोई भी फैसला ले सकता है, जिसे यदि आप सक्षम होते तो अपने लिए ले सकते थे। आपका एजेंट आपकी इच्छाओं और हितों के अनुसार इस बात की सहमति दे सकता है कि आपको उपचार लेना चाहिए, अलग-अलग उपचारों से किसी का चयन करना चाहिए और वह यह निर्णय ले सकता है कि उपचार नहीं दिया जाना चाहिए। हालांकि, आपका एजेंट कृत्रिम पोषण और जलयोजन (फीडिंग ट्यूब या अंतःशिरा लाइन द्वारा प्रदान किए जाने वाला पोषण और जल) के बारे में फैसले तभी कर सकता है, जबकि आपने जो कहा है या लिखा है, उससे वह यह जानता हो कि आपकी इच्छाएं क्या हैं। स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म आपके एजेंट को वित्तीय निर्णय जैसे गैर-स्वास्थ्य परिचर्या निर्णय लेने की शक्तियां प्रदान नहीं करता।

यदि मैं युवा और स्वस्थ हूँ तो मुझे कोई स्वास्थ्य परिचर्याएजेंट नियुक्त करने की जरूरत क्यों है?

भले ही आप बुजुर्ग या मरणासन्न रूप से बीमार नहीं हैं, फिर भी स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त करना एक अच्छा विचार है। यदि आप अस्थायी रूप से अपने ही स्वास्थ्य परिचर्या से संबंधित फैसले लेने में असमर्थ हो जाएं, (ऐसा हो सकता है यदि आप सामान्य संज्ञाहरण के प्रभाव में हों या किसी दुर्घटना की वजह से बेहोश हो जाएं) तो स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट आपकी ओर से काम कर सकता है। जब आप दुबारा अपने लिए स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने में सक्षम हो जाते हैं तो आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट काम करने के लिए प्राधिकृत नहीं रहेगा।

मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट निर्णय कैसे करेगा?

आपके एजेंट को आपकी इच्छाओं, और साथ ही नैतिक एवं धार्मिक मान्यताओं का पालन करना होगा। आप अपने स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर अनुदेश लिख सकते हैं या सिर्फ अपने एजेंट से चर्चा कर सकते हैं।

मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरी इच्छाएं कैसे जानेगा?

अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के साथ अपनी इच्छाओं के संबंध में खुली एवं स्पष्ट चर्चा, उसे आपके हितों को पूरा करने के लिए बेहतर स्थिति में रखेगी। यदि आपका एजेंट आपकी इच्छाओं या मान्यताओं के बारे में नहीं जानता तो उससे कानूनी रूप से आपके सर्वोत्तम हित में काम करने की अपेक्षा की जाती है। चूंकि यह आपके द्वारा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में नियुक्त व्यक्ति के लिए यह एक बहुत बड़ी जिम्मेदारी है, इसलिए आपको उस व्यक्ति से इस संबंध में चर्चा कर लेनी चाहिए कि आप विभिन्न प्रकार की परिस्थितियों में किस तरह का उपचार लेना चाहेंगे या नहीं लेना चाहेंगे, जैसे:

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न, जारी

- यदि आप स्थायी रूप से कोमा में हैं तो क्या आप जीवन अवलंब (लाइफ सपोर्ट) शुरू करना/ जारी रखना/हटाना चाहते हैं;
- यदि आप मरणासन्न रूप से बीमार हैं तो क्या आप उपचार शुरू करना/जारी रखना/बंद करना चाहते हैं;
- क्या आप कृत्रिम पोषण और जलयोजन शुरू करना/रोकना या जारी रखना या बंद करना चाहते हैं और किस प्रकार की परिस्थितियों में।

क्या मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरी इच्छाओं या उपचारपूर्वके अनुदेशों को खारिज कर सकता है?

नहीं, आपका एजेंट आपकी इच्छाओं के आधार पर निर्णय लेने के लिए बाध्य है। यदि आपने स्पष्ट रूप से कोई विशेष इच्छा व्यक्त की थी, या विशेष उपचार निर्देश दिया था तो उन इच्छाओं या निर्देशों का पालन करना आपके एजेंट का कर्तव्य है वरन् उसे यह पूर्ण रूप से विश्वास हो जाए कि आपकी इच्छाएं बदल गई हैं या उन परिस्थितियों में लागू नहीं होतीं।

मेरे एजेंट पर कौन ध्यान देगा?

सभी अस्पतालों, नर्सिंग होम, डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं को कानूनी तौर पर आपके स्वास्थ्य परिचर्याएजेंट को वही जानकारी उपलब्ध करानी अपेक्षित है, जो आपको प्रदान की जाती और उसके फैसलों को उसी तरह मानना अपेक्षित है, जैसे कि वे आपने किए हों। यदि कोई अस्पताल या नर्सिंग होम किसी उपचार विकल्प (जैसे किसी उपचार विशेष को हटाना) के लिए मना करता है तो भर्ती करने से पहले या भर्ती करते समय उन्हें आपको या आपके एजेंट को इस बारे वताना आवश्यक है, यदि यथाचित रूप से संभव हो।

जब फैसले लिए जाने हों, यदि तब मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट वहां नहीं हो तो ऐसी स्थिति में क्या होगा?

जब फैसले लिए जाने हों, तब यदि आपका स्वास्थ्य परिचर्याएजेंट काम करने के लिए अनुपलब्ध, असमर्थ या अनिच्छुक हो तो आप कोई वैकल्पिक एजेंट नियुक्त कर सकते हैं। अन्यथा आपके स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाता आपके लिए फैसले लेंगे, जो आपके द्वारा उस समय दिए गए निर्देशों के अनुरूप होंगे, जब आप ऐसा करने में सक्षम थे। आपने अपने स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर जो भी निर्देश लिखे हैं, वे इन परिस्थितियों में आपके स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं का मार्गदर्शक न करेंगे।

यदि मैं अपना मन बदल लूं तो?

अपने स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व को रद्द करना, अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में चुने गए व्यक्ति को बदलना या किन्हीं निर्देशों को बदलना या फॉर्म में

आपके द्वारा शामिल की गई सीमाओं को बदलना बहुत ही आसान है। बस एक नया फॉर्म भरें। इसके अलावा, आप यह भी बता सकते हैं कि आपका स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व एक निर्दिष्ट तारीख पर या किसी निश्चित घटना के होने पर समाप्त हो। अन्यथा स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व अनन्त समय तक वैध रहेगा। यदि आपने अपने पति/पत्नी को अपना स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में चुना है, और आपका तलाक हो जाता है या आप कानूनी तौर पर अलग हो जाते हैं तो आपकी नियुक्ति स्वतः ही रद्द हो जाएगी। तथापि, यदि आप अपने भूतपूर्व जीवनसाथी को अपना एजेंट बनाए रखना चाहते हैं तो आप इसे वर्तमान फॉर्म पर नोट कर सकते हैं और तारीख डाल सकते हैं या अपने भूतपूर्व जीवनसाथी का नाम लिखकर एक नया फॉर्म भर सकते हैं।

क्या मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरी ओर से किए गए निर्णयों के लिए कानूनी रूप से उत्तरदायी होगा?

जी नहीं। आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट आपकी ओर से सदाशयता में किए गए निर्णयों के लिए कानूनी रूप से उत्तरदायी नहीं होगा? इसके साथ ही, उसे आपकी परिचर्याके खर्च के लिए केवल इसलिए देनदार नहीं ठहराया जा सकता क्योंकि वह आपका/आपकी एजेंट है।

क्या स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि एक जीवित वसीयत है?

नहीं, जीवित वसीयत एक ऐसा दस्तावेज है, जो स्वास्थ्य परिचर्या फैसलों के संबंध में विशिष्ट निर्देश प्रदान करता है। आप अपने स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर ऐसे अनुदेश लिख सकते हैं। स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व आपको किसी ऐसे व्यक्ति का चयन करने की अनुमति देता है, जिस पर आपकी ओर से स्वास्थ्य परिचर्या फैसले लेने के लिए आपको भरोसा है। किसी जीवित वसीयत के विपरीत, स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व में यह आवश्यकता नहीं है कि आप आगे आ सकने वाले सभी निर्णयों के बारे में पहले से जानें। इसके बजाय, चिकित्सा परिस्थितियों में परिवर्तन आने पर आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट आपकी इच्छाओं की व्याख्या कर सकता है, और वह ऐसे फैसले ले सकता है, जिनके बारे में आपको यह पता नहीं होता कि ये फैसले लेने होंगे।

स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद, मुझे इसे कहां रखना चाहिए?

इसकी एक प्रति अपने एजेंट, अपने डॉक्टर, अपने वकील और किन्हीं अन्य परिवार के सदस्यों या करीबी दोस्तों को दें, जिन्हें आप देना चाहें। इसकी एक प्रति अपने बटुए या पर्स में या अन्य महत्वपूर्ण कागजात के साथ रखें, लेकिन किसी ऐसी जगह नहीं, जहां कोई भी इस तक न पहुंच सके, जैसे कोई safe deposit box. यदि आप किसी छोटी सी सर्जरी के लिए भी अस्पताल में भर्ती होते हैं या यदि आप बहिरंग सर्जरी कराते हैं तो एक प्रति साथ लाएं।

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न, जारी

क्या मैं अंग और/या ऊतक दान के संबंध में अपनी इच्छाएं व्यक्त करने के लिए स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म का प्रयोग कर सकता हूँ?

जी हाँ। स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर दिए वैकल्पिक अंग और ऊतक दान खंड का प्रयोग करें और सुनिश्चित कर लें कि इस खंड के दो गवाह हों। आप विशेष रूप से उल्लेख कर सकते हैं कि आपके अंगों और/या ऊतकों का प्रयोग प्रतिरोपण, अनुसंधान या शैक्षिक उद्देश्यों के लिए किया जाए। आपकी इच्छाओं से संबंधित किसी भी सीमा (सीमाओं) को प्रतिनिधि पत्र के इस खंड में नोट किया जाना चाहिए। अपने स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म में अपनी इच्छाओं एवं निर्देशों को शामिल करने में असफलता का यह अर्थ नहीं लिया जाएगा कि आप कोई अंग और/या ऊतक दानकर्ता नहीं बनना चाहते।

क्या मेरा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट मेरे लिए अंग और/या ऊतक दान के लिए निर्णय ले सकता है?

जी हाँ। 26 अगस्त 2009 की स्थिति के अनुसार, आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट आपकी मृत्यु के बाद निर्णय लेने के लिए अधिकृत हैं, परंतु केवल ऐसे निर्णय जो अंग और ऊतक दान से संबंधित हों। आपके स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट

को आपके स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर ऐसे निर्णयों को अवश्य नोट करना चाहिए।

यदि मैं इस समय अपनी इच्छा जाहिर नहीं करने का निर्णयलेता हूँ तो दान करने की अनुमति कौन दे सकता है?

अंग और/या ऊतक दान के लिए आपकी इच्छाएं आपके स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट, मृतक के एजेंट के रूप में आपके नामोद्विष्ट व्यक्ति को, यदि किसी को नियुक्त किया गया है, तथा आपके परिवार के सदस्यों को नोट कराना जरूरी है। न्यूयार्क का कानून आपकी ओर से अंग और/या ऊतक दान पर सहमति देने के लिए प्राधिकृत व्यक्तियों की एक सूची उपलब्ध करता है: उन्हें प्राथमिकता के क्रम में इस प्रकार सूचीबद्ध किया गया है: आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट; आपके मृतक का एजेंट; यदि आप कानूनन पृथक नहीं हैं तो आपकी पत्नी/आपका पति, या आपका घरेलू साथी; 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र का कोई बेटा या बेटी; आपके माता-पिता में से कोई एक; 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र का कोई भाई या बहन; या दानकर्ता की मृत्यु से पहले न्यायालय द्वारा नियुक्त अभिभावक।

स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म अनुदेश

मद (1)

आप जिस व्यक्ति को अपने एजेंट के रूप में चुन रहे हैं, उसका नाम, घर का पता और टेलीफोन नम्बर लिखें।

मद (2)

यदि आप कोई वैकल्पिक एजेंट नियुक्त करना चाहते हैं तो आप जिस व्यक्ति को अपने वैकल्पिक एजेंट के रूप में चुन रहे हैं, उसका नाम, घर का पता और टेलीफोन नम्बर लिखें।

मद (3)

यदि आप अपने स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व की समाप्ति की तारीख या शर्त निर्धारित नहीं करते तो यह अनिश्चित काल तक मान्य रहेगा। यह खंड वैकल्पिक है और इसे तभी भरना चाहिए, जब आप चाहते हों कि आपका स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधित्व समाप्त हो।

मद (4)

यदि आपके एजेंट के लिए आपके कोई विशेष निर्देश हों तो उन्हें यहां लिखें। इसके साथ ही, यदि आप किसी भी तरह अपने एजेंट का प्राधिकार सीमित करना चाहते हों तो आप उसे यहां बता सकते हैं या अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट से उसकी चर्चा कर सकते हैं। यदि आप कोई भी सीमा व्यक्त नहीं करते तो आपके एजेंट को वे सभी फैसले लेने की अनुमति दी जाएगी जो आप कर सकते थे, जिसमें जीवन-रक्षक उपचार के लिए सहमति देना या मना करना शामिल है।

यदि आप अपने एजेंट को व्यापक प्राधिकार देना चाहते हों तो आप फॉर्म पर ही ऐसा कर सकते हैं। वस यह लिखें: मैंने अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट और वैकल्पिक एजेंट के साथ अपनी इच्छाओं पर चर्चा कर ली है और वे कृत्रिम पोषण और जलयोजन सहित मेरी इच्छाओं जानते हैं।

यदि आप और अधिक विशेष निर्देश देना चाहें तो आप कह सकते हैं कि:

यदि मैं मरणासन्न रूप से बीमार हो जाऊं तो मैं निम्नलिखित प्रकार के उपचार प्राप्त करना चाहता/नहीं चाहता हूँ...

यदि मैं कोमा में हूँ या होश-हवास कम है, और रिकवरी की कोई आशा नहीं है तो मैं निम्नलिखित प्रकार के उपचार प्राप्त करना चाहता/नहीं चाहता हूँ...

यदि मेरे दिमाग को कोई नुकसान पहुँचे या मुझे कोई दिमागी बीमारी हो जाए जिसके परिणामस्वरूप मैं लोगों को पहचानने या बोलने में असमर्थ हो जाऊँ और मेरी हालत में सुधार की कोई उम्मीद न हो तो मैं निम्नलिखित प्रकार के उपचार प्राप्त करना चाहता/नहीं चाहता हूँ...

मैंने अपने एजेंट से _____ के संबंध में अपनी इच्छाओं पर चर्चा कर ली है और मैं चाहता हूँ कि मेरा एजेंट इन उपायों के बारे में सभी फैसले ले।

उन चिकित्सा उपचारों के उदाहरण नीचे सूचीबद्ध हैं, जिनके बारे में आप अपने एजेंट को विशेष निर्देश देने की इच्छा रख सकते हैं। यह संपूर्ण सूची नहीं है:

- कृत्रिम श्वसन
- कृत्रिम पोषण और जलयोजन (फीडिंग ट्यूब द्वारा प्रदान किया जाने वाला पोषण और जल)
- हृदय फुफ्फुसीय पुनरुज्जीवन (CPR)
- मनोरोगरोधी दवा
- बिजली का झटका उपचार
- एंटीबायोटिक्स
- शल्यचिकित्सा प्रक्रियाएं
- डायलिसिस
- प्रत्यारोपण
- रक्त आधान
- गर्भपात
- नसबंदी

मद (5)

आप इस स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर तारीख डालकर हस्ताक्षर अवश्य करें। यदि आप हस्ताक्षर करने में असमर्थ हों तो आप अपनी उपस्थिति में किसी अन्य को हस्ताक्षर करने के लिए निर्देश दे सकते हैं। अपना पता लिखना न भूलें।

मद (6)

आप अंग और/या ऊतक दान के बारे में इस फॉर्म पर इच्छाएं या निर्देश दे सकते हैं। न्यूयार्क का कानून आपकी ओर से अम्मा और/या ऊतक दान पर सहमति देने के लिए प्राथमिकता के क्रम में कतिपय व्यक्तियों का प्रावधान करता है: आपका स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट, आपके मृतक का एजेंट, यदि आप कानूनन पृथक नहीं हैं तो आपकी पत्नी/आपका पति, या आपका घरेलू साथी, 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र का कोई बेटा या बेटी, आपके माता-पिता में से कोई एक, 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र का कोई भाई या बहन, या दानकर्ता की मृत्यु से पहले न्यायालय द्वारा नियुक्त अभिभावक।

मद (7)

इस स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि फॉर्म पर 18 साल या उससे अधिक उम्र के दो गवाह अवश्य हस्ताक्षर करें। आपके एजेंट या वैकल्पिक एजेंट के रूप में नियुक्त व्यक्ति एक गवाह के रूप में हस्ताक्षर नहीं कर सकता।

स्वास्थ्य परिचर्या प्रतिनिधि

(1) मैं, _____
एतद्वारा _____
(नाम, घर का पता और टेलीफोन) को

मेरे लिए मेरे स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी कोई और सभी निर्णय लेने के लिए, सिवाय उसके जिसे मैं अन्यथा व्यक्त करूं, स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट नियुक्त करता/करती हूँ। यह प्रतिनिधित्व तभी प्रभावी होगा जब और यदि मैं अपने स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने में असमर्थ हो जाऊं।

(2) वैकल्पिक: वैकल्पिक एजेंट

यदि मेरे द्वारा नियुक्त व्यक्ति मेरे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में काम करने के लिए असमर्थ, अनुपलब्ध या अनिच्छुक हो तो मैं

_____ (नाम, घर का पता और टेलीफोन) को

अपने स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी कोई और सभी फैसले लेने के लिए, सिवाय उस सीमा के जिसे मैं अन्यथा व्यक्त करूं, एतद्वारा स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के रूप में नियुक्त करता/करती हूँ।

(3) जब तक मैं इसे रद्द नहीं करता/करती या कोई समाप्ति तिथि नहीं बताता/बताती या वे परिस्थितियां नहीं बताता/बताती जिनमें यह समाप्त हो जाएगी, यह प्रतिनिधित्व अनिश्चित काल तक प्रभावी रहेगा। (वैकल्पिक: यदि आप चाहते हैं कि यह प्रतिनिधित्व समाप्त हो तो यहां तारीख या शर्तें बताएं) यह प्रतिनिधित्व (तारीख या शर्तें बताएं) को समाप्त हो जाएगा:

(4) वैकल्पिक: मैं अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट को अपनी इच्छाओं एवं सीमाओं के अनुसार, जैसा कि वह जानता/जानती है या नीचे कहा गया है, स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने का निर्देश देता/देती हूँ। (यदि आपके लिए स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने के आपके स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट के प्राधिकार को आप सीमित करना चाहते हों या विशिष्ट निर्देश देना चाहते हों, तो आप अपनी इच्छाएं या सीमाएं यहां बता सकते हैं।) मैं निम्नलिखित सीमाओं और/या निर्देशों के अनुसार स्वास्थ्य परिचर्या फैसले करने के लिए अपने स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट को निर्देश देता/देती हूँ (आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें): _____

आपके एजेंट द्वारा कृत्रिम पोषण और जलयोजन (फीडिंग ट्यूब और अंतःशिरा लाइन द्वारा प्रदान किया गया पोषण और जल) के संबंध में आपके लिए स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी फैसले लेने के लिए, आपके एजेंट को यथोचित रूप से आपकी इच्छाओं का पता होना चाहिए। आप या तो अपने एजेंट को अपनी इच्छाओं के बारे में बता सकते हैं या उन्हें इस खंड में शामिल कर सकते हैं। यदि आप कृत्रिम पोषण और जलयोजन सहित अपनी इच्छाओं को इस फॉर्म में शामिल करने का निर्णय लेते हैं तो नमूना भाषा के लिए निर्देशों को देखें।

(5) **आपकी पहचान** (कृपया स्पष्ट रूप से लिखें)

आपका नाम _____

आपका हस्ताक्षर _____ तारीख _____

आपका पता _____

(6) **वैकल्पिक: अंग और/ या ऊतक दान**

मैं एतद्वारा एक शारीरिक उपहार देता हूँ, जो मेरी मौत पर प्रभावी होगा:
(जो लागू हो उस पर निशान लगाएं)

कोई वांछित अंग और/या ऊतक

निम्नलिखित अंग और/या ऊतक _____

सीमाएं _____

यदि आप इस फॉर्म में अंग और/या ऊतक दान के संबंध में अपनी इच्छाओं एवं निर्देशों का वर्णन नहीं करते/करतीं तो इसका यह अर्थ नहीं लगाया जाएगा कि आप दान नहीं करना चाहते/चाहती या किसी अन्य व्यक्ति को रोकना चाहते/चाहती हैं, जो अन्यथा कानूनी रूप से आपकी ओर से दान करने के लिए अनुमति देने के लिए प्राधिकृत है।

आपका हस्ताक्षर _____ तारीख _____

(7) **गवाह का वक्तव्य** (गवाह की आयु 18 साल या उससे अधिक होनी चाहिए तथा उसे स्वास्थ्य परिचर्या एजेंट या उसका विकल्प नहीं होना चाहिए।)

मैं घोषित करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति ने इस दस्तावेज पर हस्ताक्षर किए हैं, उसे मैं व्यक्तिगत रूप से जानता/जानती हूँ और वह दिमागी रूप से एकदम ठीक और अपनी स्वतंत्र इच्छा के अनुसार काम करता प्रतीत होता है। उसने मेरी उपस्थिति में इस दस्तावेज पर हस्ताक्षर किए हैं (या उसके लिए किसी अन्य व्यक्ति को हस्ताक्षर करने के लिए कहा है)।

तारीख _____

तारीख _____

गवाह का नाम 1
(स्पष्ट रूप से लिखें) _____

गवाह का नाम 2
(स्पष्ट रूप से लिखें) _____

हस्ताक्षर _____

हस्ताक्षर _____

पता _____

पता _____

