

# स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी

## न्यूयॉर्क राज्य में अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट की नियुक्ति

न्यूयॉर्क स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी कानून आपको किसी ऐसे व्यक्ति को नियुक्त करने की अनुमति देता है जिस पर आप भरोसा करते हैं - उदाहरण के लिए, परिवार का कोई सदस्य या करीबी दोस्त - जो आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय ले सके, यदि आप स्वयं निर्णय लेने की क्षमता खो देते हैं। स्वास्थ्य देखभाल एजेंट नियुक्त करके, आप यह सुनिश्चित कर सकते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपकी इच्छाओं का पालन करें। आपका एजेंट यह भी तय कर सकता है कि आपकी चिकित्सा स्थिति में परिवर्तन होने पर आपकी इच्छाएं किस प्रकार लागू होंगी। अस्पतालों, डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को आपके एजेंट के निर्णयों का पालन उसी प्रकार करना चाहिए जैसे कि वे आपके अपने निर्णय हों। आप जिस व्यक्ति को अपना स्वास्थ्य देखभाल एजेंट चुनते हैं, उसे आप अपनी इच्छानुसार कम या अधिक अधिकार दे सकते हैं। आप अपने एजेंट को सभी स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने की अनुमति दे सकते हैं या केवल कुछ निर्णय ही लेने की अनुमति दे सकते हैं। आप अपने एजेंट को निर्देश भी दे सकते हैं जिनका उसे पालन करना होगा। इस फॉर्म का उपयोग अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के संबंध में आपकी इच्छाओं या निर्देशों को दस्तावेजित करने के लिए भी किया जा सकता है।

## स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी फॉर्म के बारे में

**यह एक महत्वपूर्ण कानूनी दस्तावेज है। हस्ताक्षर करने से पहले आपको निम्नलिखित तथ्यों को समझना चाहिए:**

1. यह फॉर्म उस व्यक्ति को, जिसे आप अपना एजेंट चुनते हैं, आपके लिए सभी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने का अधिकार देता है, जिसमें जीवन रक्षक उपचार को हटाने या प्रदान करने का निर्णय भी शामिल है, जब तक कि आप इस फॉर्म में अन्यथा न कहें। "स्वास्थ्य देखभाल" का अर्थ है आपकी शारीरिक या मानसिक स्थिति का निदान 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 किया जाने वाला पोषण और पानी) के बारे में आपकी इच्छाओं को उचित रूप से नहीं जानता, तब तक उसे आपके लिए उन उपायों को अस्वीकार करने या सहमति देने की अनुमति नहीं होगी।
3. जब आपका डॉक्टर यह निर्धारित कर लेगा कि आप स्वयं स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने में सक्षम नहीं हैं, तो आपका एजेंट आपके लिए निर्णय लेना शुरू कर देगा।
4. आप इस फॉर्म पर उन उपचारों के उदाहरण लिख सकते हैं जिन्हें आप नहीं चाहते हैं और/या उन उपचारों के बारे में लिख सकते हैं जिन्हें आप प्राप्त करना सुनिश्चित करना चाहते हैं। निर्देशों का उपयोग एजेंट की निर्णय लेने की शक्ति को सीमित करने के लिए किया जा सकता है। आपके लिए निर्णय लेते समय आपके एजेंट को आपके निर्देशों का पालन करना होगा।
5. इस फॉर्म को भरने के लिए आपको किसी वकील की आवश्यकता नहीं है।
6. आप किसी भी वयस्क (18 वर्ष या उससे अधिक आयु) को, जिसमें परिवार का कोई सदस्य या करीबी मित्र भी शामिल है, अपना एजेंट चुन सकते हैं। यदि आप किसी डॉक्टर को अपना एजेंट चुनते हैं, तो उसे आपके एजेंट या आपके उपचार करने वाले डॉक्टर के बीच चयन करना होगा, क्योंकि डॉक्टर एक ही समय में दोनों काम नहीं कर सकता। इसके अलावा, यदि आप किसी अस्पताल, नर्सिंग होम या मानसिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्र के मरीज या निवासी हैं, तो उस सुविधा केंद्र में काम करने वाले किसी व्यक्ति को अपना एजेंट नामित करने पर विशेष प्रतिबंध हैं। सुविधा केंद्र के कर्मचारियों से उन प्रतिबंधों के बारे में स्पष्टीकरण मांगें।
7. किसी को अपना स्वास्थ्य देखभाल एजेंट नियुक्त करने से पहले, उससे चर्चा कर लें ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि वह आपके एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए तैयार है। जिस व्यक्ति को आप चुनें उसे बताएं कि वह आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट होगा। अपनी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी इच्छाओं और इस फॉर्म पर अपने एजेंट से चर्चा करें। उसे हस्ताक्षरित प्रति अवश्य दें। अच्छी सोच के साथ लिए गए स्वास्थ्य देखभाल निर्णयों के लिए आपके एजेंट पर मुकदमा नहीं चलाया जा सकता।
8. यदि आपने अपने जीवनसाथी को अपना स्वास्थ्य देखभाल एजेंट नियुक्त किया है और बाद में आप तलाकशुदा हो जाते हैं या कानूनी रूप से अलग हो जाते हैं, तो आपका पूर्व जीवनसाथी कानूनन आपका एजेंट नहीं रह सकता, जब तक कि आप अन्यथा न कहें। यदि आप चाहते हैं कि आपका पूर्व जीवनसाथी आपका एजेंट बना रहे, तो आप अपने वर्तमान फॉर्म पर इसका उल्लेख कर सकते हैं और तारीख डाल सकते हैं या अपने पूर्व जीवनसाथी का नाम बताते हुए एक नया फॉर्म भर सकते हैं।
9. भले ही आपने इस फॉर्म पर हस्ताक्षर कर दिए हों, फिर भी आपको अपने लिए स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने का अधिकार है, जब तक आप ऐसा करने में सक्षम हैं, और यदि आप आपत्ति करते हैं तो आपको उपचार नहीं दिया जा सकता या रोका नहीं जा सकता, न ही आपके एजेंट को आपत्ति करने का कोई अधिकार होगा।
10. आप अपने एजेंट को या अपने स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को मौखिक या लिखित रूप से बताकर उसे दिए गए अधिकार को रद्द कर सकते हैं।
11. स्वास्थ्य देखभाल एजेंट की नियुक्ति स्वैच्छिक है। कोई भी आप पर किसी को नियुक्त करने का दबाव नहीं डाल सकता।
12. आप इस फॉर्म पर अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के संबंध में अपनी इच्छा या निर्देश व्यक्त कर सकते हैं।

# अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्नों

## मुझे स्वास्थ्य देखभाल एजेंट क्यों चुनना चाहिए?

यदि आप स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने में, भले ही अस्थायी रूप से, असमर्थ हो जाएं, तो किसी अन्य व्यक्ति को आपके लिए निर्णय लेना होगा। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता अक्सर मार्गदर्शन के लिए परिवार के सदस्यों से उम्मीद रखते हैं। परिवार के सदस्य यह बता सकते हैं कि किसी विशेष उपचार के संबंध में आपकी क्या इच्छाएं हैं। एक एजेंट की नियुक्ति करने से आप अपने चिकित्सा उपचार को इस प्रकार नियंत्रित कर सकते हैं:

- अपने एजेंट को आपकी ओर से स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने की अनुमति देना जैसा कि आप चाहते हैं;
- स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने के लिए किसी एक व्यक्ति को चुनना क्योंकि आपको लगता है कि वह व्यक्ति सर्वोत्तम निर्णय लेगा;
- परिवार के सदस्यों और/या महत्वपूर्ण अन्य लोगों के बीच संघर्ष या भ्रम से बचने के लिए एक व्यक्ति को चुनना।

यदि आपकी पहली पसंद आपके लिए निर्णय लेने में सक्षम नहीं है, तो आप कार्यभार संभालने के लिए एक वैकल्पिक एजेंट भी नियुक्त कर सकते हैं।

## स्वास्थ्य देखभाल एजेंट कौन बन सकता है?

18 वर्ष या उससे अधिक आयु का कोई भी व्यक्ति स्वास्थ्य देखभाल एजेंट बन सकता है। जिस व्यक्ति को आप अपना एजेंट या वैकल्पिक एजेंट नियुक्त कर रहे हैं, वह आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी फॉर्म पर साक्षी के रूप में हस्ताक्षर नहीं कर सकता है।

## मैं स्वास्थ्य देखभाल एजेंट की नियुक्ति कैसे करूँ?

सभी सक्षम वयस्क, जिनकी आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है, हेल्थ केयर प्रॉक्सी नामक फॉर्म पर हस्ताक्षर करके स्वास्थ्य देखभाल एजेंट की नियुक्ति कर सकते हैं। आपको किसी वकील या नोटरी की जरूरत नहीं है, सिर्फ दो वयस्क गवाहों की जरूरत है। आपका एजेंट गवाह के रूप में हस्ताक्षर नहीं कर सकता। आप यहां प्रिंटेड फॉर्म का उपयोग कर सकते हैं, लेकिन आपको यह फॉर्म उपयोग करना आवश्यक नहीं है।

## मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट मेरे लिए स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय कब लेना शुरू करेगा?

आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट तब स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेना शुरू करेगा जब आपका डॉक्टर यह निर्णय लेगा कि आप स्वयं अपने स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेने में सक्षम नहीं हैं। जब तक आप स्वयं के लिए स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने में सक्षम हैं, तब तक आपको ऐसा करने का अधिकार रहेगा।

## मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट क्या निर्णय ले सकता है?

जब तक आप अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के अधिकार को सीमित नहीं करते, तब तक आपका एजेंट कोई भी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय ले सकेगा, जो आप स्वयं निर्णय लेने पर ले सकते थे। आपका एजेंट आपकी इच्छा और रुचि के अनुसार इस बात पर सहमत हो सकता है कि आपको उपचार मिलना चाहिए, विभिन्न उपचारों में से चयन कर सकता है तथा यह निर्णय ले सकता है कि आपको कौन सा उपचार नहीं दिया जाना चाहिए। हालांकि, आपका एजेंट कृत्रिम पोषण और जलयोजन (फीडिंग ट्यूब या अंतःशिरा लाइन द्वारा प्रदान किया जाने वाला पोषण और पानी) के बारे में निर्णय तभी ले सकता है, जब उसे आपके द्वारा कही गई बातों या लिखित बातों से आपकी इच्छाओं का पता हो। स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी फॉर्म आपके एजेंट को आपके लिए गैर-स्वास्थ्य देखभाल निर्णय, जैसे वित्तीय निर्णय, लेने का अधिकार नहीं देता है।

## यदि मैं युवा और स्वस्थ हूँ तो मुझे स्वास्थ्य देखभाल एजेंट नियुक्त करने की आवश्यकता क्यों है?

भले ही आप बुजुर्ग या गंभीर रूप से बीमार न हों, फिर भी एक स्वास्थ्य देखभाल एजेंट की नियुक्ति करना एक अच्छा विचार है। यदि आप अस्थायी रूप से भी अपने स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेने में असमर्थ हो जाते हैं (जैसे कि तब हो सकता है जब आप सामान्य एनेस्थीसिया के प्रभाव में हों या दुर्घटना के कारण कोमा में चले गए हों) तो एक स्वास्थ्य देखभाल एजेंट आपकी ओर से कार्य कर सकता है। जब आप पुनः अपने स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने में सक्षम हो जाएंगे, तो आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट कार्य करने के लिए अधिकृत नहीं रहेगा।

## मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट कैसे निर्णय लेगा?

आपके एजेंट को आपकी इच्छाओं के साथ-साथ आपकी नैतिक और धार्मिक मान्यताओं का भी पालन करना होगा। आप अपने स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी फॉर्म पर निर्देश लिख सकते हैं या अपने एजेंट के साथ उन पर चर्चा कर सकते हैं।

# अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्नों, जारी

## मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट मेरी इच्छाओं को कैसे जानेगा?

अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के साथ अपनी इच्छाओं के बारे में खुली और स्पष्ट चर्चा करने से वह आपके हितों की सेवा करने की बेहतर स्थिति में होगा। यदि आपका एजेंट आपकी इच्छाओं या विश्वासों को नहीं जानता है, तो कानूनी तौर पर आपके एजेंट को आपके सर्वोत्तम हित में कार्य करना आवश्यक है। चूंकि यह उस व्यक्ति के लिए एक बड़ी जिम्मेदारी है जिसे आप अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के रूप में नियुक्त करते हैं, इसलिए आपको उस व्यक्ति के साथ इस बारे में चर्चा करनी चाहिए कि विभिन्न प्रकार की परिस्थितियों में आप किस प्रकार के उपचार चाहेंगे या नहीं चाहेंगे, जैसे:

- यदि आप स्थायी रूप से कोमा में हैं तो क्या आप जीवन रक्षक प्रक्रिया शुरू करना/जारी रखना/हटाना चाहेंगे;
- यदि आपको कोई लाइलाज बीमारी है तो क्या आप उपचार शुरू/जारी/हटाना चाहेंगे;
- क्या आप कृत्रिम पोषण और जलयोजन आरंभ/रोकना चाहेंगे या जारी रखना चाहेंगे या वापस लेना चाहेंगे और किस प्रकार की परिस्थितियों में।

## क्या मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट मेरी इच्छाओं या पूर्व उपचार निर्देशों को खारिज कर सकता है?

नहीं। आपका एजेंट आपकी इच्छा के आधार पर निर्णय लेने के लिए बाध्य है। यदि आपने स्पष्ट रूप से कोई विशेष इच्छा व्यक्त की है, या कोई विशेष उपचार निर्देश दिए हैं, तो आपके एजेंट का यह कर्तव्य है कि वह उन इच्छाओं या निर्देशों का पालन करे, जब तक कि उसके पास यह विश्वास करने का सद्भावनापूर्ण आधार न हो कि आपकी इच्छाएं बदल गई हैं या वे परिस्थितियों पर लागू नहीं होती हैं।

## मेरे एजेंट की बात कौन सुनेगा?

सभी अस्पतालों, नर्सिंग होम, डॉक्टरों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को कानूनी रूप से यह आवश्यक है कि वे आपके स्वास्थ्य देखभाल एजेंट को वही जानकारी प्रदान करें जो आपको प्रदान की जाएगी और आपके एजेंट द्वारा लिए गए निर्णयों का सम्मान करें जैसे कि वे आपके द्वारा लिए गए हों। यदि कोई अस्पताल या नर्सिंग होम कुछ उपचार विकल्पों (जैसे कि कुछ उपचार को हटाना) पर आपत्ति करता है, तो उन्हें यथोचित रूप से संभव होने पर, भर्ती होने से पहले या भर्ती होने के बाद आपको या आपके एजेंट को अवश्य बताना चाहिए।

## यदि निर्णय लेने के समय मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट उपलब्ध न हो तो क्या होगा?

जब निर्णय लेना जरूरी हो तब यदि आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट उपलब्ध नहीं है, निर्णय लेने में असमर्थ है या कार्य करने के लिए अनिच्छुक है, तो आप अपने लिए निर्णय लेने हेतु एक वैकल्पिक एजेंट नियुक्त कर सकते हैं। अन्यथा, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेंगे जो आपके द्वारा दिए गए निर्देशों के अनुसार होंगे, जब आप निर्णय लेने में सक्षम थे। आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी फॉर्म पर लिखे गए कोई भी निर्देश इन परिस्थितियों में स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का मार्गदर्शन करेंगे।

## क्या होगा यदि मेरा मन बदल जाता है?

अपनी स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी को रद्द करना, अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के रूप में चुने गए व्यक्ति को बदलना या फॉर्म में शामिल किसी भी निर्देश या सीमा को बदलना आसान है। बस एक नया फॉर्म भरें। इसके अतिरिक्त, आप यह भी बता सकते हैं कि आपकी स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी किसी निर्दिष्ट तिथि को समाप्त हो जाएगी या कुछ विशेष घटनाएं घटित होंगी। अन्यथा, स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी अनिश्चित काल तक वैध रहेगी। यदि आप अपने जीवनसाथी को अपना स्वास्थ्य देखभाल एजेंट या वैकल्पिक एजेंट चुनते हैं, और आप तलाक ले लेते हैं या कानूनी रूप से अलग हो जाते हैं, तो नियुक्ति स्वतः ही रद्द हो जाती है। हालांकि, यदि आप चाहते हैं कि आपका पूर्व जीवनसाथी आपका एजेंट बना रहे, तो आप अपने वर्तमान फॉर्म पर इसका उल्लेख कर सकते हैं और तारीख डाल सकते हैं या अपने पूर्व जीवनसाथी का नाम बताते हुए एक नया फॉर्म भर सकते हैं।

## क्या मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट मेरी ओर से लिए गए निर्णयों के लिए कानूनी रूप से उत्तरदायी हो सकता है?

नहीं। आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट आपकी ओर से सद्भावनापूर्वक लिए गए स्वास्थ्य देखभाल निर्णयों के लिए उत्तरदायी नहीं होगा। इसके अलावा, उसे आपकी देखभाल की लागत के लिए सिर्फ इसलिए उत्तरदायी नहीं ठहराया जा सकता क्योंकि वह आपका एजेंट है।

## अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्नों, जारी

### क्या स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी लिविंग विल के समान है?

नहीं। लिविंग विल एक दस्तावेज है जो स्वास्थ्य देखभाल निर्णयों के बारे में विशिष्ट निर्देश प्रदान करता है। आप अपने स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी फॉर्म पर ऐसे निर्देश डाल सकते हैं। स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी आपको किसी ऐसे व्यक्ति को चुनने की अनुमति देता है जिस पर आप भरोसा करते हैं, जो आपकी ओर से स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय ले सके। लिविंग विल के विपरीत, हेल्थ केयर प्रॉक्सी के लिए यह आवश्यक नहीं है कि आप पहले से ही कोई निर्णय ले लें। इसके बजाय, आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट आपकी इच्छाओं की व्याख्या चिकित्सा परिस्थितियों में परिवर्तन के अनुसार कर सकता है तथा ऐसे निर्णय ले सकता है जिनके बारे में आपको पहले से पता नहीं था कि उन्हें लेना पड़ेगा।

### हस्ताक्षर के बाद मुझे अपना स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी फॉर्म कहां रखना चाहिए?

इसकी एक प्रति अपने एजेंट, अपने डॉक्टर, अपने वकील तथा किसी अन्य पारिवारिक सदस्य या करीबी मित्र को दें। इसकी एक प्रति अपने बटुए या पर्स में या अन्य महत्वपूर्ण कागजातों के साथ रखें, लेकिन इसे किसी ऐसे स्थान पर न रखें जहां कोई इसे न देख सके, जैसे कि सुरक्षित जमा बॉक्स। यदि आप अस्पताल में भर्ती हैं, चाहे छोटी सर्जरी के लिए ही क्यों न हों, या यदि आप आउट पैशन्ट सर्जरी करवा रहे हों, तो इसकी एक प्रति साथ लाएं।

### क्या मैं अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के बारे में अपनी इच्छा व्यक्त करने के लिए हेल्थ केयर प्रॉक्सी फॉर्म का उपयोग कर सकता हूँ?

हाँ। हेल्थ केयर प्रॉक्सी फॉर्म पर वैकल्पिक अंग, आंख और/या ऊतक दान अनुभाग का उपयोग करें और सुनिश्चित करें कि अनुभाग को दो लोगों द्वारा देखा जाए। आप यह निर्दिष्ट कर सकते हैं कि आपके अंगों, आंखों और/या ऊतकों का उपयोग प्रत्यारोपण, अनुसंधान या शैक्षिक उद्देश्यों के लिए किया जाए। आपकी इच्छाओं से जुड़ी किसी भी सीमा को प्रॉक्सी के इस अनुभाग में नोट किया जाना चाहिए। **अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी फॉर्म पर अपनी इच्छाओं और निर्देशों को शामिल न करने का यह अर्थ नहीं लिया जाएगा कि आप अंग, नेत्र और/या ऊतक दाता नहीं बनना चाहते हैं।**

### क्या मेरा स्वास्थ्य देखभाल एजेंट मेरे लिए अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के बारे में निर्णय ले सकता है?

हाँ। 26 अगस्त 2009 से, आपके स्वास्थ्य देखभाल एजेंट को आपकी मृत्यु के बाद निर्णय लेने का अधिकार है, लेकिन केवल अंग, नेत्र और/या ऊतक दान से संबंधित निर्णय लेने का अधिकार है। आपके स्वास्थ्य देखभाल एजेंट को आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी फॉर्म पर उल्लिखित अनुसार निर्णय लेना होगा।

### यदि मैं इस समय अपनी इच्छा न बताऊं तो दान के लिए कौन सहमति दे सकता है?

अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट, या "स्वास्थ्य देखभाल प्रतिनिधि", परिवार के सदस्यों, और आपके अवशेषों के निपटान के लिए जिम्मेदार व्यक्ति को अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के बारे में अपनी इच्छाओं को बताना महत्वपूर्ण है। यदि आपने अंग और/या ऊतक दानकर्ता बनने या न बनने की अपनी इच्छा अभी तक जाहिर नहीं की है, तो न्यूयॉर्क कानून में ऐसे व्यक्तियों की सूची दी गई है, जो आपकी ओर से अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के लिए सहमति देने के लिए अधिकृत हैं। वे प्राथमिकता के क्रम में निम्नानुसार सूचीबद्ध हैं: आपका स्वास्थ्य देखभाल एजेंट/प्रॉक्सी; आपका जीवनसाथी, यदि आप कानूनी रूप से अलग नहीं हुए हैं, या आपका घरेलू साथी; 18 वर्ष या उससे अधिक आयु का बेटा या बेटी; आपके माता-पिता में से कोई एक; 18 वर्ष या उससे अधिक आयु का भाई या बहन; वयस्क पोता-पोती; दादा-दादी; आपकी मृत्यु से पहले न्यायालय द्वारा आपके लिए नियुक्त अभिभावक; या आपके शरीर का निपटान करने के लिए अधिकृत कोई अन्य व्यक्ति।

# स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी फॉर्म निर्देश

## आइटम (1)

जिस व्यक्ति को आप अपना एजेंट चुन रहे हैं उसका नाम, घर का पता और टेलीफोन नंबर लिखें।

## आइटम (2)

यदि आप कोई वैकल्पिक एजेंट नियुक्त करना चाहते हैं, तो उस व्यक्ति का नाम, घर का पता और टेलीफोन नंबर लिखें जिसे आप अपने वैकल्पिक एजेंट के रूप में चुन रहे हैं।

## आइटम (3)

आपकी स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी अनिश्चित काल तक वैध रहेगी, जब तक कि आप इसकी समाप्ति के लिए कोई समाप्ति तिथि या शर्त निर्धारित नहीं करते। यह अनुभाग वैकल्पिक है और इसे केवल तभी भरा जाना चाहिए जब आप चाहते हैं कि आपकी स्वास्थ्य सेवा प्रॉक्सी समाप्त हो जाए।

## आइटम (4)

यदि आपके पास अपने एजेंट के लिए विशेष निर्देश हैं, तो उन्हें यहां लिखें। इसके अलावा, यदि आप किसी भी तरह से अपने एजेंट के अधिकार को सीमित करना चाहते हैं, तो आप यहां ऐसा कह सकते हैं या अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के साथ इस पर चर्चा कर सकते हैं। यदि आप कोई सीमाएं नहीं बताते हैं, तो आपके एजेंट को सभी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने की अनुमति होगी, जो आप ले सकते थे, जिसमें जीवन रक्षक उपचार के लिए सहमति देने या अस्वीकार करने का निर्णय भी शामिल है।

यदि आप अपने एजेंट को व्यापक अधिकार देना चाहते हैं, तो आप फॉर्म पर ही ऐसा कर सकते हैं। बस लिखें: मैंने अपनी इच्छाओं पर अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट और वैकल्पिक चिकित्सक से चर्चा की है और वे मेरी इच्छाओं को जानते हैं, जिनमें कृत्रिम पोषण और जलयोजन से संबंधित इच्छाएं भी शामिल हैं।

यदि आप अधिक विशिष्ट निर्देश देना चाहते हैं, तो आप कह सकते हैं:

*यदि मैं असाध्य रूप से बीमार हो जाऊं, तो मैं निम्नलिखित प्रकार के उपचार प्राप्त करना चाहूंगा/नहीं चाहूंगा...*

*यदि मैं कोमा में हूँ या मेरी चेतना कमज़ोर है, तथा ठीक होने की कोई उम्मीद नहीं है, तो मैं निम्नलिखित प्रकार के उपचार चाहता/ नहीं चाहता हूँ:...*

*यदि मेरे मस्तिष्क में क्षति है या कोई मस्तिष्क रोग है जिसके कारण मैं लोगों को पहचानने या बोलने में असमर्थ हूँ और मेरी स्थिति में सुधार होने की कोई उम्मीद नहीं है, तो मैं निम्नलिखित प्रकार के उपचार चाहता/नहीं चाहता हूँ:...*

मैंने अपने एजेंट के साथ \_\_\_\_\_ के बारे में अपनी

*इच्छाओं पर चर्चा की है और मैं चाहता हूँ कि इन उपायों के बारे में सभी निर्णय मेरा एजेंट ही ले।*

चिकित्सा उपचारों के उदाहरण जिनके बारे में आप अपने एजेंट को विशेष निर्देश देना चाहेंगे, नीचे सूचीबद्ध हैं। यह संपूर्ण सूची नहीं है:

- कृत्रिम श्वसन
- कृत्रिम पोषण और जलयोजन (फीडिंग ट्यूब द्वारा प्रदान किया गया पोषण और पानी)
- कार्डियोपल्मोनरी पुनर्जीवन (CPR)
- मनोविकार रोधी दवा
- बिजली का झटका चिकित्सा
- एंटीबायोटिक्स
- शल्य प्रक्रियाएं
- डायलिसिस
- ट्रांसप्लांटेशन
- रक्ताधान
- गर्भपात
- नसबंदी

## आइटम (5)

आपको इस स्वास्थ्य देखभाल पर दिनांक और हस्ताक्षर करना होगा प्रॉक्सी फॉर्म। यदि आप स्वयं हस्ताक्षर करने में असमर्थ हैं, तो आप अपनी उपस्थिति में किसी अन्य व्यक्ति को हस्ताक्षर करने के लिए कह सकते हैं। अपना पता अवश्य शामिल करें।

## आइटम (6)

आप इस फॉर्म पर अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के बारे में अपनी इच्छा या निर्देश बता सकते हैं। न्यूयॉर्क कानून में आपकी ओर से अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के लिए प्राथमिकता के क्रम में कुछ व्यक्तियों की सहमति का प्रावधान है: आपका नामित स्वास्थ्य देखभाल एजेंट/प्रॉक्सी; आपके अवशेषों के निपटान को नियंत्रित करने के लिए आपका नामित एजेंट; आपका जीवनसाथी, यदि आप कानूनी रूप से अलग नहीं हुए हैं, या आपका घरेलू साथी; 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र का बेटा या बेटी; आपके माता-पिता में से कोई एक; 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र का भाई या बहन; वयस्क पोता-पोती; दादा-दादी; आपकी मृत्यु से पहले न्यायालय द्वारा नियुक्त अभिभावक; या आपके शरीर का निपटान करने के लिए अधिकृत कोई अन्य व्यक्ति।

## आइटम (7)

इस स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी फॉर्म पर 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के दो गवाहों के हस्ताक्षर होने चाहिए। जिस व्यक्ति को आपका एजेंट या वैकल्पिक एजेंट नियुक्त किया गया है, वह गवाह के रूप में हस्ताक्षर नहीं कर सकता।

# स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी

(1) मैं, \_\_\_\_\_

यहाँ नियुक्त करता हूँ \_\_\_\_\_

(नाम, घर का पता और टेलीफोन नंबर)

मेरे स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के रूप में मेरे लिए कोई भी और सभी स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने के लिए, सिवाय उस सीमा तक जब मैं अन्यथा बताता हूँ। यह प्रॉक्सी तभी प्रभावी होगी जब मैं अपने स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने में असमर्थ हो जाऊँ।

(2) **वैकल्पिक: वैकल्पिक एजेंट**

यदि मेरे द्वारा नियुक्त व्यक्ति मेरे स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के रूप में कार्य करने में असमर्थ, अनिच्छुक या अनुपलब्ध है, मैं एतद्वारा नियुक्त करता हूँ \_\_\_\_\_

(नाम, घर का पता और टेलीफोन नंबर)

मेरे स्वास्थ्य देखभाल एजेंट के रूप में मेरे लिए कोई भी और सभी स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने के लिए, सिवाय उस सीमा तक जब मैं अन्यथा बताता हूँ।

(3) जब तक मैं इसे रद्द नहीं कर देता या समाप्ति तिथि या वे परिस्थितियाँ नहीं बताता जिनके अंतर्गत यह समाप्त हो जाएगा, यह प्रॉक्सी अनिश्चित काल तक प्रभावी रहेगी। (वैकल्पिक: यदि आप चाहते हैं कि यह प्रॉक्सी समाप्त हो जाए, तो यहां तारीख या शर्तें बताएं।) यह प्रॉक्सी समाप्त हो जाएगी (तारीख या शर्तें निर्दिष्ट करें):

(4) **वैकल्पिक:** मैं अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट को मेरी इच्छाओं और सीमाओं के अनुसार स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने का निर्देश देता हूँ, जैसा कि वह जानता है या जैसा कि नीचे बताया गया है। (यदि आप अपने एजेंट के स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने या विशिष्ट निर्देश देने के अधिकार को सीमित करना चाहते हैं, तो आप यहां अपनी इच्छाएं या सीमाएं बता सकते हैं।) मैं अपने स्वास्थ्य देखभाल एजेंट को निम्नलिखित सीमाओं और/या निर्देशों के अनुसार स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने का निर्देश देता हूँ (आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें):

आपके एजेंट द्वारा आपके लिए कृत्रिम पोषण और जलयोजन के बारे में स्वास्थ्य देखभाल संबंधी निर्णय लेने के लिए (पोषण और पानी फीडिंग ट्यूब और अंतःशिरा लाइन द्वारा प्रदान किया जाता है) आपके एजेंट को आपकी इच्छाओं का यथोचित ज्ञान होना चाहिए। आप या तो अपने एजेंट को बता सकते हैं कि आपकी इच्छाएं क्या हैं या उन्हें इस अनुभाग में शामिल कर सकते हैं। यदि आप इस फॉर्म में अपनी इच्छाएं शामिल करना चाहते हैं, जिसमें कृत्रिम पोषण और जलयोजन के बारे में आपकी इच्छाएं शामिल हैं, तो नमूना भाषा के लिए निर्देश देखें जिसका आप उपयोग कर सकते हैं।

**(5) आपकी पहचान** (कृपया मुद्रण करें)

आपका नाम \_\_\_\_\_

आपका हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

आपका पता \_\_\_\_\_

**(6) वैकल्पिक: अंग, नेत्र और/या ऊतक दान**

मैं एक शारीरिक दान देता हूँ, जो मेरी मृत्यु के बाद प्रभावी होगा:  
(जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

कोई भी आवश्यक अंग, आंखें और/या ऊतक

निम्नलिखित अंग, आंखें और/या ऊतक

सीमाएँ \_\_\_\_\_

यदि आप इस फॉर्म पर अंग, नेत्र और/या ऊतक दान के बारे में अपनी इच्छा या निर्देश नहीं बताते हैं, तो इसका यह अर्थ नहीं लगाया जाएगा कि आप दान नहीं करना चाहते हैं या किसी ऐसे व्यक्ति को, जो अन्यथा कानून द्वारा अधिकृत है, आपकी ओर से दान के लिए सहमति देने से रोकना चाहते हैं।

आपका हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

**(7) गवाहों का बयान** (गवाह की आयु 18 वर्ष या उससे अधिक होनी चाहिए तथा वह स्वास्थ्य देखभाल एजेंट या वैकल्पिक व्यक्ति नहीं हो सकता।)

मैं घोषणा करता हूँ कि जिस व्यक्ति ने इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर किए हैं, वह मुझे व्यक्तिगत रूप से ज्ञात है और वह स्वस्थ मानसिक स्थिति में है तथा अपनी स्वतंत्र इच्छा से कार्य कर रहा है। उन्होंने मेरी उपस्थिति में इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर किए (या किसी अन्य से हस्ताक्षर करने को कहा)।

**साक्षी 1**

तारीख \_\_\_\_\_

नाम (प्रिंट) \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_

**साक्षी 2**

तारीख \_\_\_\_\_

नाम (प्रिंट) \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_

