

Воспользуйтесь настоящим бланком, чтобы высказать свою позицию относительно оказания вам медицинской помощи на тот случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения. Данный бланк состоит из трёх шагов:

Use this form to have a say in your medical care if you become unable to make your own decisions. The form has three steps:

**Шаг 1.** Укажите имя и фамилию своего уполномоченного представителя по медицинским вопросам

**Step 1:** Name your health care agent

**Шаг 2.** Письменно изложите свои медицинские указания

**Step 2:** Write down your health care instructions

**Шаг 3.** Подпишите этот бланк, чтобы придать ему законную силу

**Step 3:** Sign the form to make it legal

**Настоящее Предварительное медицинское распоряжение принадлежит:**

This is the Advance Health Care Directive of:

Имя и фамилия \_\_\_\_\_

Name

Дата рождения \_\_\_\_\_

Date of Birth

**После заполнения данного бланка:**

When this form is complete:

- Поделитесь его копиями с оказывающим вам помощь медицинским персоналом, своим уполномоченным представителем по медицинским вопросам и своей семьёй.  
Share copies with your medical team, health care agent, and family
- Поместите оригинал на хранение в безопасное место.  
Keep the original in a safe place
- Обсудите со своим представителем по медицинским вопросам и своими близкими то, что для вас является самым важным при оказании медицинской помощи.  
Talk with your health care agent and loved ones about what matters most to you in your health care

**Помните: Remember:**

- У вас есть право отозвать или изменить данное Предварительное медицинское распоряжение. You have the right to revoke or change this Advance Health Care Directive
- Вы можете заменить данное Предварительное медицинское распоряжение, заполнив новое. При необходимости будут соблюдаться ваши предпочтения из самого последнего Предварительного медицинского распоряжения. You can replace this Advance Health Care Directive by completing a new one. If needed, the choices from your most recent Advance Health Care Directive would be followed



## Шаг 1. Укажите имя и фамилию своего уполномоченного представителя по медицинским вопросам

### Step 1: Name Your Health Care Agent

**Ваш представитель по медицинским вопросам поможет принять медицинские решения в том случае, если вы будете не в состоянии самостоятельно их принимать.**

Your health care agent would help make health care decisions if you were unable to make them for yourself

Вашим представителем по медицинским вопросам должно быть лицо:

Your health care agent should be someone who:

- которое хорошо вас знает и может помочь медицинскому персоналу понять ваши приоритеты при оказании вам медицинской помощи;  
Knows you well and can help your medical team understand your health care priorities
- которому вы доверяете следовать вашим желаниям и принимать решения в ваших интересах;  
You trust to follow your wishes and do what is best for you
- с которым можно будет связаться в случае неотложной ситуации;  
Can be reached in an emergency
- в возрасте минимум 18 лет.  
Is at least 18 years old

Вашим уполномоченным представителем по медицинским вопросам не может быть кто-либо из оказывающего вам помощь медицинского персонала.

Your health care agent cannot be a member of your medical team

**Если вы утратите способность самостоятельно принимать решения, ваш представитель по медицинским вопросам может помочь выбрать:**

If you become unable to make decisions for yourself, your health care agent can help choose:

- больницу, клинику, дом престарелых или учреждение сестринского ухода, медицинский персонал, а также лиц, осуществляющих уход на дому;  
Your hospital, clinic, nursing home or residence, medical team, and in-home caregivers
- лекарственные средства, лабораторные исследования и виды лечения;  
Medications, tests, and treatments
- кто может иметь доступ к вашей медицинской карте;  
Who can see your medical records
- начать или прекратить применение мер, направленных на обеспечение функций организма, таких как СЛР (сердечно-легочная реанимация), аппарат искусственной вентиляции лёгких (аппарат искусственного дыхания), диализ, искусственное кормление, переливание крови и многое другое;  
Whether to start or stop life support treatments like CPR (cardiopulmonary resuscitation), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, artificial feeding, blood transfusions, and more
- что произойдёт с вашим телом и органами после вашей смерти.  
What is done with your body and organs after you die

**Мой уполномоченный представитель по медицинским вопросам**

My health care agent

Я хочу, чтобы данное лицо было моим уполномоченным представителем по медицинским вопросам в целях способствования принятию медицинских решений от моего имени в случае, если я буду не в состоянии самостоятельно их принимать:

I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Имя и фамилия Name	_____
Кем приходится Relationship	_____
Телефон Phone	_____

**(По выбору) Мой альтернативный представитель по медицинским вопросам**

(Optional) My alternate health care agent

Если первое лицо не сможет быть представителем, то я хочу, чтобы нижеуказанное лицо было моим представителем по медицинским вопросам для помощи в принятии медицинских решений от моего имени в случае, если я буду не в состоянии самостоятельно их принимать:

If the first person cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Имя и фамилия Name	_____
Кем приходится Relationship	_____
Телефон Phone	_____

**(По выбору) Мой второй альтернативный представитель по медицинским вопросам** (Optional) My alternate health care agent

Если первое и второе лицо не смогут быть представителями, то я хочу, чтобы нижеуказанное лицо было моим представителем по медицинским вопросам для помощи в принятии медицинских решений от моего имени в случае, если я буду не в состоянии самостоятельно их принимать:

If the first and second people cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Имя и фамилия Name	_____
Кем приходится Relationship	_____
Телефон Phone	_____



## Шаг 2. Письменно изложите свои медицинские указания

### Step 2: Write Down Your Health Care Instructions

Если вы окажетесь в критическом состоянии ввиду болезни или травмы и утратите способность самостоятельно принимать решения, **шаг 2** поможет позаботиться о том, чтобы были учтены ваши желания относительно важных решений, связанных с оказанием вам медицинской помощи.

If you become critically ill or injured, and you are unable to make your own decisions, Step 2 will help make sure you have a say about important health care decisions.

#### Конкретные указания: меры по обеспечению функций организма

Specific instructions: life support treatments

Меры по обеспечению жизнедеятельности организма представляют собой методы лечения, которые способствуют искусственному поддержанию его функций, без применения которых наступит смерть. Они могут включать сердечно-лёгочную реанимацию (СЛР), применение аппарата искусственной вентиляции лёгких (аппарат искусственного дыхания), диализ, введение зондов искусственного кормления, переливание крови и многое другое.

Life support treatments are medical treatments that try to keep your body alive when it would otherwise die. They can include cardiopulmonary resuscitation (CPR), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, feeding tubes, blood transfusions, and more.

**Если я окажусь в критическом состоянии ввиду болезни или травмы, и мне будет грозить смерть, то мне бы хотелось, чтобы:**

*(Поставьте свои инициалы у одного из вариантов, с которым вы в большей степени согласны)*

*If I were critically ill or injured, and dying, I would want to: (Put your initials by the one choice you agree with most).*

Были испробованы все меры по обеспечению функций организма для поддержания моей жизни. Мне бы хотелось, чтобы меры по обеспечению функций организма продолжили применяться, даже если существует слабая надежда на улучшение моего состояния.

Try all life support treatments that might keep me alive. I would want life support treatments to continue even if there was little hope of getting better.

Испробовать меры по обеспечению функций организма, которые могут способствовать поддержанию моей жизни. Однако мне хотелось бы, чтобы меры по обеспечению функций организма ПЕРЕСТАЛИ применяться, если они не способствуют улучшению моего состояния, или если моя жизнь невозможна без таких мер. На этой стадии мне хотелось бы, что мне позволили умереть естественной смертью с помощью средств для облегчения боли и страданий.

Have a trial of life support treatments that might keep me alive. But I would want to STOP life support treatments if they did not help me get better or I could not live without them. At that point, I would want to allow a natural death with help to ease pain or suffering.

Позволить мне умереть естественной смертью с помощью средств для облегчения боли и страданий. Я не желаю, чтобы применялись меры по обеспечению функций организма.

Allow a natural death, with help to ease pain or suffering. I would not want life support treatments

Не уверен(а).

I am not sure.

(По выбору) **Какие-либо другие замечания или указания :**

(Optional) Any other comments or instructions:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Шаг 3. Подпишите бланк, чтобы придать ему законную силу

#### Step 3: Sign the Form to Make It Legal

Для того, чтобы придать данному документу юридическую силу, вы обязаны подписать этот бланк в присутствии двух свидетелей или нотариуса.

*(Если вы проживаете в доме престарелых/учреждении сестринского ухода, также потребуется подпись защитника интересов пациентов или уполномоченного по правам пациентов)*

To make this a legal document, you must sign the form in front of two witnesses or a Notary Public.

*(If you reside in a nursing home, the patient advocate or ombudsman must also sign).*

#### Этот раздел предназначен для заполнения вами

You Fill Out This Part

Ваша

подпись \_\_\_\_\_

Your signature

Дата \_\_\_\_\_

Date

Ваши имя и фамилия печатным шрифтом \_\_\_\_\_

Print your name

Адрес \_\_\_\_\_

Address

Телефон \_\_\_\_\_

Phone

**Этот раздел предназначен для заполнения свидетелями**

*(Требуется только если нотариус не заверил данный бланк)*

**Witnesses Fill Out This Part**

*(This is only needed if a Notary has not notarized the form).*

Настоящим подтверждаю, что я знаю лицо, подписавшее данное предварительное медицинское распоряжение; это лицо подписало или признало подписание бланка в моём присутствии; это лицо очевидно в здравом уме и не подвергается принуждению. Я также подтверждаю, что мой возраст 18 лет или старше; я не являюсь уполномоченным представителем по медицинским вопросам, указанным в данном бланке; я не являюсь медицинским работником; я также не являюсь сотрудником поставщика медицинских услуг или какого-либо медицинского учреждения, где это лицо проживает.

I confirm that I know the person who signed this advance health care directive; this person signed or acknowledged signing the form in my presence; and the person appears to be of sound mind and under no duress. I also confirm that I am 18 years or older; I am not the health care agent designated in this form; I am not the health care provider; and I am not an employee of the health care provider or any health care facility where this person resides.

**Свидетель № 1**

Witness #1

Подпись

Signature

Дата

Date

Имя, фамилия

печатным шрифтом

Print name

Адрес

Address

**Свидетель № 2**

Witness #2

Подпись

Signature

Дата

Date

Имя, фамилия

печатным шрифтом

Print name

Адрес

Address

Один свидетель обязан также подписать нижеследующее утверждение:

Я также подтверждаю, что не состою в кровном родстве, родстве по супружеской линии или через усыновление с лицом, подписавшим данный бланк. Смерть этого лица не принесёт мне материальную выгоду (я не получу деньги или имущество).

One witness must also sign this statement:

I also confirm that I am not related to the person who signed this form by blood, marriage, or adoption.  
I will not benefit financially (receive money or property) after this person dies.

Подпись \_\_\_\_\_  
Signature

**Этот раздел предназначен для заполнения нотариусом**

*(Это необходимо только если два свидетеля не подписали данный бланк).*

**Notary Public Fills Out This Part**

*(This is only needed if two witnesses have not signed the form).*

**Штат Калифорния**

State of California

**Округ** \_\_\_\_\_

County of

**НОТАРИАЛЬНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО**

Нотариус или иное должностное лицо, заполняющее настоящее свидетельство, подтверждает только личность лица, подписавшего документ, к которому прилагается настоящее свидетельство, а не достоверность, точность и действительность этого документа.

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

(Дата) \_\_\_\_\_ передо мной \_\_\_\_\_ ,  
On \_\_\_\_\_ before me,

лично предстал(а/и) \_\_\_\_\_ ,  
personally appeared

который(-ая/ые) на основе достаточных свидетельств доказал(а/и) мне, что является(-ются) лицом (-ами), чьим именем(-ами) подписан прилагаемый документ и подтвердил(-а/и) мне, что он/она/они подписал(а/и) его в силу имеющихся у него/неё/них полномочий, и что своей подписью в документе это(-и) лицо(-а) или организация, от имени которой действовало(-и) это(-и) лицо(-а), привело(-и) в исполнение этот документ.

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument

Под УГРОЗОЙ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕ-ТЕЛЬСТВО, в соответствии с законами штата Калифорния, настоящим свидетельствую, что инфор-мация в вышеприведённом абзаце является верной.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНО моей подписью и официальной печатью.

WITNESS my hand and official seal.

(Нотариальная печать)  
(Notary Seal)

Подпись \_\_\_\_\_  
Signature

**Этот раздел предназначен для заполнения защитником интересов пациента или уполномоченным по правам пациентов**

*(Это необходимо только если вы пациент учреждения с квалифицированным сестринским уходом)*

*Patient Advocate or Ombudsman Fills Out This Part*

*(This is only needed if you are a patient in a skilled nursing facility).*

Под УГРОЗОЙ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО, в соответствии с законами штата Калифорния, настоящим заявляю, что я являюсь защитником интересов пациентов или уполномоченным по правам пациентов, официально признанным Департаментом помощи лицам пожилого возраста, и что я выступаю в качестве свидетеля по требованию ст. 4675 Кодекса наследственного планирования.

I declare under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_  
Date Time

Подпись \_\_\_\_\_  
Signature

Имя, фамилия  
печатным шрифтом \_\_\_\_\_  
Print name

Адрес \_\_\_\_\_  
Address

Form revision 2/2024