

Мое имя: _____
(My first name:)
Моя фамилия: _____
(My last name:)
Моя дата рождения: ____/____/____
(My date of birth:)
Номер моей медицинской карты: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Существует две версии этого документа. Это более короткая версия. Вы можете просмотреть обе версии на сайте kp.org/lifecareplan или запросить их у своего врача. Выберите предпочтительную версию.
(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on kp.org/lifecareplan or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

Этап 1 Выберите доверенное лицо по медицинским вопросам (доверенное лицо, уполномоченное принимать медицинские решения). Также, если хотите, вы можете выбрать альтернативное доверенное лицо.
(Step 1) (Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.)

Этот человек:
(This person is:)

- должен быть в возрасте 18 лет или старше и хорошо знать ваши ценности и убеждения;
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- должен быть готов и способен сделать это для вас;
(willing and able to do this for you;)
- должен быть готов уважать **ваши** предпочтения, даже если они отличаются от его собственных;
(willing to honor **your** preferences even if they are different from their own;)
- не является вашим врачом или другим профессиональным работником здравоохранения, который о вас заботится.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you.)

Я выбираю _____ кем приходится: _____
(I choose) (relationship:)
номер телефона: _____ эл. почта: _____
(phone number:) (email:)

в качестве моего доверенного лица по медицинским вопросам, чтобы принимать за меня медицинские решения, если я не в состоянии принимать их самостоятельно.
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

Я выбираю _____ кем приходится: _____
(I choose) (relationship:)
номер телефона: _____ эл. почта: _____
(phone number:) (email:)

в качестве моего дополнительного доверенного лица по медицинским вопросам, если мое основное доверенное лицо по медицинским вопросам не может принимать за меня медицинские решения или обоснованно отсутствует.
(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me.)

Этап 2 Дайте указания своему доверенному лицу по медицинским вопросам и команде медицинских специалистов. Выберите только **ОДНО** поле.
(Step 2) (Give guidance to my health care agent and care team. Choose **ONE** box only:)

Если у меня неизлечимая болезнь, которая приведет к моей смерти в ближайшее время,
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time,)

ИЛИ я потеряю сознание, и мои врачи будут считать, что мне не станет лучше,
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve,)

ИЛИ вероятные риски и сложности лечения перевешивают ожидаемые преимущества...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

- Я хочу оставаться в живых как можно дольше в рамках общепринятых медицинских стандартов.
(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)
- Я не хочу, чтобы мою жизнь продлевали. Я хочу, чтобы лечение для сохранения моей жизни прекратили или не начинали его.
(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)
- Я не знаю, с чем я больше соглашаюсь. Я хочу, чтобы мое доверенное лицо по медицинским вопросам выбрало то, что лучше для меня.
(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

Есть ли что-то еще, что команда медицинских специалистов должна знать о вас или ваших медицинских предпочтениях?
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

Мое имя: _____
(My first name:)
Моя фамилия: _____
(My last name:)
Номер моей медицинской карты: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

**Этап 3
(Step 3)**

Подпишите форму ниже. Попросите либо ДВУХ свидетелей (вариант 1), либо notary public (вариант 2) также подписать форму.
(Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.)

Имя и фамилия (печатными буквами): _____
(My name (please print:))
Моя подпись: _____ **Дата:** _____
(My signature) (Date)

**Вариант 1
(Option 1)**

Я выбираю ДВУХ СВИДЕТЕЛЕЙ.
(I choose TWO WITNESSES.)

ВСЕ СВИДЕТЕЛИ ДОЛЖНЫ ПРОЧИТАТЬ И ПОДТВЕРДИТЬ СВОЕ СОГЛАСИЕ С ЭТИМИ ТРЕБОВАНИЯМИ.
(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS)

- Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами Калифорнии, что:
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)
- мне исполнилось 18 лет;
(I am at least 18 years old;)
- я не являюсь лицом, назначенным доверенным лицом согласно настоящего Заблаговременного распоряжения о принятии медицинских решений;
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)
- только один из свидетелей может быть родственником;
(only one of the witnesses can be family related;)
- я лично знаком (-а) с человеком, подписавшим настоящее Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений, или личность этого человека была подтверждена убедительными доказательствами;
(the individual who signed or acknowledged this Advance Health Care Directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence;)
- человек подписал настоящее Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений в моем присутствии;
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)
- человек был в здравом уме и не находился под принуждением или неправомерным влиянием и не был обманут;
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)
- я не являюсь поставщиком услуг здравоохранения для данного лица, сотрудником поставщика услуг здравоохранения для данного лица, оператором учреждения общественного ухода, сотрудником оператора учреждения общественного ухода, оператором дома престарелых или сотрудником оператора дома престарелых.
(I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly)

**СВИДЕТЕЛЬ НОМЕР ОДИН
(WITNESS NUMBER ONE:)**

Имя и фамилия печатными буквами: _____ **Подпись:** _____
(Print name:) (Signature:)
Адрес: _____ **Дата:** _____
(Address:) (Date:)

**СВИДЕТЕЛЬ НОМЕР ДВА
(WITNESS NUMBER TWO:)**

Имя и фамилия печатными буквами: _____ **Подпись:** _____
(Print name:) (Signature:)
Адрес: _____ **Дата:** _____
(Address:) (Date:)

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЕЙ. Хотя бы один из указанных выше свидетелей должен также подписать следующее заявление: я также заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Калифорния, что не связан (-а) с лицом, подписывающим настоящее Заблаговременное распоряжение о принятии медицинских решений, ни кровным родством, ни брачными узами, не состою в родстве через усыновление/удочерение, по имеющимся у меня сведениям я не имею права на унаследование какой-либо части имущества такого лица после его смерти согласно действующему завещанию или в силу закона.

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon their death under a will now existing or by operation of law.)

Фамилия и имя печатными буквами: _____ **Подпись:** _____
(Print Name:) (Signature:)

Мое имя: _____
(My first name:)
Моя фамилия: _____
(My last name:)
Номер моей медицинской карты: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОЖИВАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ШТАТЕ КАЛИФОРНИЯ

Передайте эту форму директору дома престарелых ТОЛЬКО, если вы проживаете в доме престарелых. Закон Калифорнии требует, чтобы у проживающих в доме престарелых дополнительным свидетелем для Заблаговременного распоряжения о принятии медицинских решений (AHCD) был омбудсмен.

(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTS ONLY)

(STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN)

"I declare under penalty of perjury under the laws 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."

Подпись омбудсмена: _____ Дата: _____
(Signature of ombudsman:) (Date:)

Фамилия и имя печатными буквами: _____
(Print name:)

**Вариант 2
(Option 2)**

**Я выбираю NOTARY PUBLIC вместо двух свидетелей.
(I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)**

State of California, County of: _____

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.

On _____ before me, _____ personally appeared _____ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose 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. I certify that under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

Witness my hand and official seal.

(signature of Notary Public)

(Seal)

Мое имя: _____
(My first name:)
Моя фамилия: _____
(My last name:)
Номер моей медицинской карты: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Дальнейшие действия

- Сохраните оригинал документа у себя.
- Передайте копии документа доверенным лицам по медицинским вопросам.
- Принесите копию на следующий прием в Kaiser Permanente ИЛИ
- направьте копию по почте: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 или по электронному адресу: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- Поговорите с доверенными лицами по медицинским вопросам о своих ценностях, убеждениях и предпочтениях в отношении медицинского обслуживания. Используйте AHCD, чтобы направлять беседу и убедиться, что эти люди могут выполнять эту роль. **Обязательно сообщите своим родным, членам семьи и близким друзьям, кого вы выбрали в качестве доверенных лиц по медицинским вопросам, каковы ваши предпочтения в отношении медицинского обслуживания и почему это для вас важно.**
- Возьмите с собой AHCD.** Если вы отправляетесь в больницу или центр сестринского ухода, возьмите с собой копию AHCD и попросите, чтобы его вложили в вашу медицинскую карту.

Вы можете отменить или изменить ЛЮБОЙ выбранный пункт в AHCD в любой момент времени. По мере того, как что-то меняется в вашей жизни или состоянии здоровья, вы можете изменить своего представителя и предпочтения, заполнив новый документ или сообщив об этом врачу лично.