

Minnesota Health Care Directive

Доверенность на принятие медицинских решений в штате Миннесота



- This document replaces any health care directive made before this one.
Данный документ заменяет собой все ранее оформленные доверенности на принятие медицинских решений.
- This document is for health care decisions; it does not apply to financial decisions.
Данный документ предназначен для принятия медицинских решений; он не применим к финансовым решениям.
- This document does not apply to electroconvulsive therapy or neuroleptic medications for mental illness.
Данный документ не распространяется на назначение электросудорожной терапии или нейролептических препаратов для лечения психических заболеваний.
- I will give copies to my health care agents and health care teams when completed.
По заполнении документа я передам его копии моим медицинским поверенным и командам лечащих специалистов.
- I will make a new health care directive if my agents, goals, preferences, or instructions change.
В случае изменения моих медицинских поверенных, целей, предпочтений или инструкций я оформлю новую доверенность на принятие медицинских решений.

My Full Name: _____ My Date of Birth: _____
Мое полное имя Моя дата рождения

My Address: _____
Мой адрес

My Phone Number(s): _____
Мой номер(-а) телефона(-ов)

My Health Care Agent(s) Мой медицинский поверенный

My health care agent is my voice if I can't make health care decisions myself. My agent(s) are at least 18 years old.
Мой медицинский поверенный будет действовать от моего имени, если я не смогу принимать медицинские решения самостоятельно. Моему медицинскому поверенному не менее 18 лет.

Health Care Agent Медицинский поверенный

Name: _____ Relationship To Me: _____
Полное имя Кем является по отношению ко мне

Address: _____
Адрес

Cell #: _____ Home #: _____
Номер мобильного Домашний номер

First Alternate Health Care Agent — If my health care agent is not willing, able, or reasonably available.
Первый заместитель медицинского поверенного — Если мой медицинский поверенный не желает, не способен или не доступен по разумным основаниям.

Name: _____ Relationship To Me: _____
Полное имя Кем является по отношению ко мне

Address: _____
Адрес

Cell #: _____ Home #: _____
Номер мобильного Домашний номер

FULL NAME / ПОЛНОЕ ИМЯ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг):	Date / Дата:
-------------------------	---	--------------

Second Alternate Health Care Agent — If my health care agent is not willing, able, or reasonably available.

Второй заместитель медицинского поверенного — Если мой медицинский поверенный не желает, не способен или не доступен по разумным основаниям.

Name: _____ Relationship To Me: _____
Полное имя Кем является по отношению ко мне

Address: _____
Адрес

Cell #: _____ Home #: _____
Номер мобильного Домашний номер

☐

My initials here indicate I attached additional pages that identify additional health care agents. I included instructions on order of health care agents decision making.

Мои инициалы здесь означают, что я приложил(-а) дополнительные страницы, на которых указаны дополнительные медицинские поверенные. Я добавил(-а) инструкции о порядке принятия решений медицинскими поверенными.

Health Care Agents: Powers and Special Situations Медицинские поверенные: полномочия и особые ситуации

If I'm not able to make my own health care decisions, my health care agent can: access my medical records, decide when to start and stop treatments, and choose my health care team and place of care consistent with my known wishes.

Если я не способен(-на) самостоятельно принимать медицинские решения, мой медицинский поверенный может: получать доступ к моей медицинской карте, решать, когда начинать и прекращать лечение, а также выбирать мою команду лечащих специалистов и место оказания медицинских услуг в соответствии с моими известными пожеланиями.

I also want my health care agent to:

También quiero que mi agente de atención médica:

- ☐ Make decisions about how a pregnancy, if any, should affect health care decisions on my behalf.
Принимал решения о том, как беременность, если таковая будет, должна влиять на мои решения о медицинском обслуживании.
- ☐ Make decisions about the care of my body after I die (including: autopsy, burial, cremation).
Принимал решения о том, что делать с моим телом после моей смерти (включая вскрытие, захоронение, кремацию).
- ☐ Continue as my Health Care Agent even if our marriage has legally ended.
Оставался моим медицинским поверенным, даже если наш брак расторгнут по закону.

(Per MN law, spouses named as health care agents are NO LONGER VALID in the event of divorce/annulment unless this box is checked)

(Согласно законодательству штата Миннесота, супруги, названные медицинскими представителями, БОЛЬШЕ НЕ МОГУТ ДЕЙСТВОВАТЬ в этом качестве в случае развода/аннулирования брака, если только не отмечено это поле)

FULL NAME / ПОЛНОЕ ИМЯ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг):	Date / Дата:
-------------------------	---	--------------

My Future Care Preferences Мои будущие медицинские предпочтения

If I were so sick that I may die soon (due to: a prolonged illness, a sudden serious event like heart attack or stroke, a permanent brain injury due to an accident, etc.) then I would prefer:

Если я настолько болен (больна), что могу в ближайшее время умереть (по причине: продолжительного заболевания, внезапного серьезного события, такого как сердечный приступ или инсульт, тяжелой черепно-мозговой травмы вследствие несчастного случая и т.д.), то я бы предпочитал(-а), чтобы:

☐ **Try and/or continue all treatments to extend my life**, even if there is little hope of getting better or living a life I value. May include but not limited to: tube feedings, IV fluids, respirator/ventilator (breathing machine), CPR and antibiotics (medicine).

В отношении меня пытались и (или) продолжали проводить все виды лечения для продления моей жизни, даже если мало надежды на то, что мне станет лучше или я смогу жить так, как мне нравится. Сюда может относиться, помимо прочего, следующее: зондовое питание, внутривенное введение жидкостей, аппарат дыхания/искусственной вентиляции легких (дыхательная система), сердечно-легочная реанимация и антибиотики (лекарственные препараты).

☐ **I would want a trial of life support treatments**. But, I **DO NOT** want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.

Мне бы хотелось, чтобы в отношении меня пытались применить методы жизнеобеспечения. Но я **НЕ** хочу оставаться на средствах жизнеобеспечения, если они не помогают и мало надежды на то, что мне станет лучше или я смогу жить так, как мне нравится.

☐ **I would want to stop and/or not start any treatment that may artificially extend my life**. Focus on making me comfortable and allow natural death.

Я хочу прекратить и (или) не начинать лечение, которое может искусственно продлевать мою жизнь. Сосредоточьтесь на обеспечении моего комфорта и позвольте мне умереть естественной смертью.

NOTE: You can include additional information/specific requests on the "My Goals & Values" sheet.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы можете указать дополнительную информацию/конкретные запросы на листе «Мои цели и ценности».

Organ Donation Донорство органов

☐ **I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if I can**. My health care agent may start and continue any treatments needed until the donation is complete.

Я хочу пожертвовать свои глаза, ткани и (или) органы, если это возможно. Мой медицинский поверенный может начинать и продолжать любые виды лечения, необходимого до тех пор, пока не будет завершено изъятие органов.

☐ **I don't want to donate my eyes, tissues and/or organs**.

Я не хочу жертвовать свои глаза, ткани и (или) органы.

FULL NAME / ПОЛНОЕ ИМЯ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг):	Date / Дата:
-------------------------	---	--------------

Making This Document Legal

Обеспечение юридической законности данного документа

1. **Sign and date:** My Signature:
Подпись и дата: Моя
подпись

Date Signed: _____
Дата подписания

2. **Have your signature notarized OR verified by 2 witnesses**
Вашу подпись должен заверить нотариус ИЛИ подтвердить 2 свидетеля

MINNESOTA NOTARY PUBLIC:
ПУБЛИЧНЫЙ НОТАРИУС ШТАТА МИННЕСОТА:

County: _____ In my presence on: _____
Округ В моем присутствии Date notarized / Дата заверения нотариусом

Name: _____ acknowledged their signature on this document.
Полное имя *Name of person signing above / Полное имя лица, расписавшегося выше* подтвердил подлинность своей подписи на этом документе.

Signature of Notary: _____
Подпись нотариуса *I am not named as a healthcare agent in this document.*
Я не назван в качестве медицинского поверенного в данном документе.

NOTARY SEAL:
ПЕЧАТЬ НОТАРИУСА:

OR / ИЛИ

STATEMENT OF WITNESSES: I am at least 18 years old. I am **not** named as a health care agent in this document. Only one witness can be an employee of the health care system providing direct care to me on the date that I sign this document.

ЗАЯВЛЕНИЕ СВИДЕТЕЛЯ: Мне не менее 18 лет. Я **не** назван в качестве медицинского поверенного в данном документе. Только один свидетель может быть сотрудником системы здравоохранения, оказывающей мне непосредственную медицинскую помощь в день подписания мной данного документа.

Witness # 1 Signature: _____ Подпись свидетеля №1	Witness # 2 Signature: _____ Подпись свидетеля №2
Date Signed: _____ Дата подписания	Date Signed: _____ Дата подписания
Print Name: _____ Полное имя печатными буквами	Print Name: _____ Полное имя печатными буквами

My Goals and Values

Мои цели и ценности

Optional Addendum to Minnesota Health Care Directive

Необязательное дополнение к Доверенности на принятие медицинских решений в штате Миннесота

FULL NAME / ПОЛНОЕ ИМЯ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг):	Date / Дата:
-------------------------	---	--------------

Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Some people fear that medical treatments may cause suffering without much benefit. What would you want? These answers will be used to guide your health care agent(s) to make health care decisions based on your wishes if you cannot make them yourself.

Некоторые люди готовы многое пережить, чтобы получить шанс на продление жизни. Некоторые люди опасаются, что медицинское лечение может причинять страдания без большой пользы. А чего бы хотели Вы? Эти ответы будут служить ориентиром для Вашего медицинского поверенного при принятии медицинских решений на основе Ваших пожеланий, если Вы не сможете принимать их самостоятельно.

The things that make life worth living the most to me are:
Самую большую ценность в жизни для меня представляют следующие вещи:

My beliefs about when life would be no longer worth living:
Мои представления о том, когда больше не стоит жить:

Other choices/instructions:
Другие варианты/указания:

My idea of a good death and where I would want to be (at home, in the hospital, or ?):

Мое представление о «хорошей» смерти и о том, где я бы хотел(-а) ее встретить (дома, в больнице или ?):

When I am dying, I would find comfort and support from:

В смертный час утешение и поддержку мне давали бы:

After I die, these are my wishes about what to do with my body (autopsy, burial/cremation) and how I wish to be remembered (obituary, funeral, celebration, memorial service, etc):

Это мои пожелания о том, что делать с моим телом (вскрытие, захоронение/кремация) и как меня помянуть (некролог, похороны, церковная служба, панихида и т. д.) после моей смерти: