

**Honoring Choices (проект «Уважение выбора»), штат Массачусетс**  
**Указания по заполнению и бланк доверенности штата Массачусетс на принятие решений о**  
**медицинской помощи**

**Указания.** Любое дееспособное совершеннолетнее лицо, которому исполнилось 18 лет, имеет право назначить представителя по медицинским вопросам на основании доверенности на принятие решений о медицинской помощи. Чтобы составить доверенность на принятие решений о медицинской помощи на русском и английском языках, распечатайте этот пятистраничный документ, чтобы иметь перед собой указания и два чистых бланка. Следуя указаниям, заполните оба бланка, указав в них в точности одинаковую информацию и дату. Сначала заполните бланк на русском языке, поставив подпись и дату в присутствии двух свидетелей, которые должны будут поставить свои подписи и дату после вас. Затем заполните бланк на английском языке, указав в нем в точности ту же информацию и дату, поставьте подпись и дату в присутствии двух свидетелей, которые должны будут поставить свои подписи и дату после вас.

**1. Ваши Ф.И.О. и адрес**

Укажите печатными буквами ваши Ф.И.О. в соответствующей пустой графе. Укажите печатными буквами ваш адрес.

**2. Мой представитель по медицинским вопросам**

Укажите печатными буквами Ф.И.О., адрес и номера телефонов вашего представителя по медицинским вопросам.

- Выберите человека, которому вы доверяете, чтобы он принимал решения о медицинской помощи за вас, исходя из ваших предпочтений, ценностей и убеждений, если вы не способны сами принимать решения или сообщать о них.
- Ваш представитель по медицинским вопросам и альтернативный представитель не может являться руководителем, администратором или сотрудником учреждения, пациентом которого вы являетесь или собираетесь стать, если они не являются вашими родственниками по крови, супружеской линии или через усыновление.

**3. Мой альтернативный представитель по медицинским вопросам**

Укажите печатными буквами Ф.И.О., адрес и номера телефонов вашего альтернативного представителя по медицинским вопросам.

- Выберите человека, которому вы доверяете, чтобы он принимал решения о медицинской помощи за вас на тот случай, если ваш представитель по медицинским вопросам будет отсутствовать, не будет иметь желания или права выполнять свои обязанности или возможности своевременно принять решение.

**4. Полномочия моего представителя по медицинским вопросам**

В данном разделе вы предоставляете вашему представителю полномочия или права принимать решения от вашего имени.

- Если вы хотите, чтобы ваш представитель принимал все решения в любой ситуации, не заполняйте этот раздел.
- Если вы не хотите, чтобы ваш представитель принимал определенные решения, или вы хотите оставить какие-либо указания, опишите пределы его полномочий или изложите ваши указания в соответствующей пустой графе.

---

© 2015 Honoring Choices Massachusetts (HCM). HCM Health Care Proxy (Russian) April 2015

Данный документ является переводом документа «Honoring Choices Massachusetts (HCM) Health Care Proxy Instructions and Form». Мы даем свое согласие на создание копии данного документа в полном объеме, с сохранением источника и нижнего колонтитула. Даже при надлежащем обеспечении полного и точного перевода текста документа проект Honoring Choices Massachusetts не может гарантировать отсутствие ошибок в представленной здесь информации или переводе и не несет ответственности ни за какие последствия действий, предпринятых на основе содержащейся в данном документе информации, а также безоговорочно снимает с себя всю ответственность за любые действия каких бы то ни было лиц.

**Honoring Choices (проект «Уважение выбора»), штат Массачусетс**  
**Указания по заполнению и бланк доверенности штата Массачусетс на принятие решений о**  
**медицинской помощи**

**5. Подпись и дата**

Напишите ваши Ф.И.О. полностью в присутствии двух совершеннолетних свидетелей, которые должны расписаться после вас. Напишите дату печатными буквами.

- Вы можете попросить другое лицо поставить подпись за вас по вашему поручению в присутствии двух свидетелей.

**6. Письменное заявление и подписи свидетелей**

В качестве свидетеля может выступать любое дееспособное совершеннолетнее лицо, кроме вашего представителя по медицинским вопросам и альтернативного представителя.

- При подписании этого документа необходимо присутствие двух совершеннолетних свидетелей. Они наблюдают за тем, как вы подписываете документ или другое лицо подписывает документ по вашему поручению, и подписывают документ после вас, чтобы подтвердить, что вам не менее 18 лет, что вы находитесь в здравом уме и не действуете по принуждению или под давлением.
- Пусть первый свидетель поставит свою подпись, затем укажет печатными буквами свои Ф.И.О. и проставит дату;
- Затем пусть второй свидетель поставит свою подпись, укажет печатными буквами свои Ф.И.О. и проставит дату.

**7. Письменное заявление представителей по медицинским вопросам (необязательно)**

Этот раздел не является обязательным, но с его помощью ваши врачи и родственники будут знать, что назначенные вами представители согласны со своим назначением. Чтобы воспользоваться этим разделом, попросите вашего представителя (представителей) поставить подпись и дату в соответствующей графе.

Внимание! Бланк на русском языке и бланк на английском языке должны заполняться одновременно. Удостоверьтесь, что в обоих бланках указана в точности одинаковая информация, и что они оба заверены свидетелями и содержат подписи и даты. Вручите одну копию документа вашему представителю по медицинским вопросам, а другую — вашим врачам, чтобы они подшили ее в вашу медицинскую карту.

---

© 2015 Honoring Choices Massachusetts (HCM). HCM Health Care Proxy (Russian) April 2015

Данный документ является переводом документа «Honoring Choices Massachusetts (HCM) Health Care Proxy Instructions and Form». Мы даем свое согласие на создание копии данного документа в полном объеме, с сохранением источника и нижнего колонтитула. Даже при надлежащем обеспечении полного и точного перевода текста документа проект Honoring Choices Massachusetts не может гарантировать отсутствие ошибок в представленной здесь информации или переводе и не несет ответственности ни за какие последствия действий, предпринятых на основе содержащейся в данном документе информации, а также безоговорочно снимает с себя всю ответственность за любые действия каких бы то ни было лиц.

**Доверенность штата Массачусетс  
на принятие решений о медицинской помощи**

**1. Я,** \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_,

назначаю следующее лицо в качестве моего представителя по медицинским вопросам и наделяю его полномочиями принимать решения о медицинской помощи от моего имени. Данные полномочия вступают в силу в том случае, если мой лечащий врач в письменной форме признает меня неспособным самостоятельно принимать решения о медицинской помощи или сообщать о них, в соответствии с главой 201D Свода законов штата Массачусетс (General Laws of Massachusetts).

**2. Мой представитель по медицинским вопросам**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон(ы): \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**3. Мой альтернативный представитель по медицинским вопросам**

Если мой представитель отсутствует, не имеет желания, права или возможности своевременно принять решение, я назначаю:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон(ы): \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**4. Полномочия моего представителя по медицинским вопросам**

Я наделяю моего представителя по медицинским вопросам полномочиями, равносильными моим собственным полномочиям, принимать все без исключения решения о медицинской помощи, в том числе решения об искусственном поддержании жизненных функций, за исключением (опишите пределы полномочий или изложите указания, при их наличии): \_\_\_\_\_

Я уполномочиваю моего представителя по медицинским вопросам принимать решения о медицинской помощи исходя из его собственной оценки моих предпочтений, ценностей и убеждений, если таковые ему известны, или исходя из моих интересов, если мои предпочтения, ценности и убеждения ему неизвестны. Я наделяю моего представителя по медицинским вопросам правами, равносильными моим собственным правам, на использование и раскрытие моей медицинской информации и медицинской документации в соответствии с Законом об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 г., параграф 1320d титула 42 Свода законов США. Фотокопии настоящей доверенности на принятие решений о медицинской помощи имеют такую же силу, что и оригинал.

**5. Подпись и дата.** Я ставлю подпись и дату в настоящей доверенности на принятие решений о медицинской помощи в присутствии двух свидетелей.

**ПОДПИСАЛ(А)** \_\_\_\_\_ **ДАТА** \_\_\_\_\_

**6. Письменное заявление и подписи свидетелей (обязательно)**

Мы, нижеподписавшиеся, засвидетельствовали подписание настоящего документа вышеуказанным лицом или по поручению вышеуказанного лица, и считаем, что данному лицу исполнилось 18 лет, данное лицо находится в здравом уме и не действует по принуждению или под давлением. Ни один из нас не является представителем по медицинским вопросам или альтернативным представителем.

Доверенность штата Массачусетс  
на принятие решений о медицинской помощи

***Первый свидетель***

Подписал(а): \_\_\_\_\_

Ф.И.О. печатными буквами: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

***Второй свидетель***

Подписал(а): \_\_\_\_\_

Ф.И.О. печатными буквами: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**7. Письменное заявление представителей по медицинским вопросам (необязательно)**

Мы внимательно ознакомились с настоящим документом и принимаем назначение.

Представитель

по медицинским вопросам \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Альтернативный представитель

по медицинским вопросам \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

# Massachusetts Health Care Proxy

1. I, \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_,

appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

## 2. My Health Care Agent is:

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Phone(s): \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

## 3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Phone(s): \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

## 4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. **Signature and Date.** I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

## 6. Witness Statement and Signature (Required)

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

### *Witness One*

Signed: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### *Witness Two*

Signed: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## 7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Alternate Health Care Agent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_