

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER  
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY  
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

1. I, \_\_\_\_\_, Declarant, hereby appoint:  
(Print Your Name)

Name of Agent

Agent's Home Telephone Number

Agent's Work Telephone Number

Agent's Home Address

as my agent to make health care decisions for me if and when I am unable to make my own health care decisions. This gives my agent the power to consent, to refuse, or to stop any health care, treatment, service or diagnostic procedure. My agent also has the authority to talk with health care personnel, get information, and sign forms necessary to carry out those decisions.

If the person named as my agent is not available or is unable to act as my agent, then I appoint the following person(s) to serve in the order listed below:

2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
Agent Name Agent Name  
Home Telephone # Work Telephone # Home Telephone # Work Telephone #

By this document I intend to create a **Medical Durable Power of Attorney** which shall take effect upon my incapacity to make my own health care decisions and shall continue during that incapacity.

My agent shall make health care decisions as I may direct below or as I make known to him or her in some other way. If I have not expressed a choice about the health care in question, my agent shall base his/her decision on what he/she believes to be in my best interest.

(A) Statement of desires concerning life-prolonging care, treatment, services and procedures:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(B) Special provisions and limitations:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**BY SIGNING HERE, I INDICATE THAT I UNDERSTAND THE PURPOSE AND EFFECT OF THIS DOCUMENT.**

**SIGNATURE OF PERSON CREATING MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY DATE**

(Optional But Recommended)

Colorado law does not require this document to be witnessed; however, it is recommended to obtain the signature of 2 witnesses or a notary. This is not required by Colorado law but may make this document more acceptable in other states.

**WITNESS:** Signature: \_\_\_\_\_ Home Address: \_\_\_\_\_  
**WITNESS:** Signature: \_\_\_\_\_ Home Address: \_\_\_\_\_

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

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ  
ДЕНВЕРА МЕДИЦИНСКАЯ  
ДОЛГОСРОЧНАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ ДЛЯ  
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О МЕДИЦИНСКОМ  
ОБСЛУЖИВАНИИ

Имя, MR#, Pat#, DOB

Родной язык:  Английский  Испанский  Другой \_\_\_\_\_ ID X 2 \_\_\_\_\_ (Инициалы сотрудника)

Необходим ли Вам переводчик?  Да  Нет  НД Переводчик: \_\_\_\_\_ (Имя)

Используется сервис Language Line  Пациент просит, чтобы ему переводил его близкий человек / член семьи \_\_\_\_\_ (Имя)

Требуется ли помощь в общении?  Да  Нет  НД Если да: \_\_\_\_\_

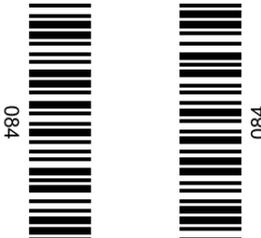
**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СЛЕДУЮЩЕМ ЮРИДИЧЕСКОМ ДОКУМЕНТЕ**

Прежде чем подписать настоящий документ, очень важно, чтобы Вы знали и понимали следующие факты:

- Настоящий документ дает лицу, которое Вы назовете своим представителем, полномочия принимать решения о медицинской помощи, если Вы не сможете этого сделать самостоятельно. Эти решения и полномочия не ограничиваются терминальными состояниями и решениями о применении систем жизнеобеспечения.
- После подписания настоящего документа у Вас остается право самостоятельно принимать решения о медицинской помощи, если Вы в состоянии это делать.
- Вы можете указать в настоящем документе любой вид лечения, который Вы хотите получить или же хотите избежать. Если Вы хотите, чтобы Ваш представитель принимал решения об искусственном поддержании жизненных функций, лучше всего указать это в медицинской доверенности длительного действия.
- Вы имеете право в любое время отозвать полномочия своего представителя принимать за Вас решения, если только суд не признал Вас недееспособным. Если Вы отзываете (аннулируете) полномочия своего представителя, Вы должны сделать это в письменной форме и предоставить соответствующие копии всем тем, кто получал оригинал документа.
- Вам не следует подписывать настоящий документ, если Вы его не понимаете. Возможно, Вы захотите обговорить содержание с другими людьми или адвокатом, прежде чем подписывать настоящий документ.
- Вы можете использовать данный образец медицинской долгосрочной доверенности, однако он может не соответствовать Вашим индивидуальным потребностям. В Колорадо также можно использовать и другие формы медицинской долгосрочной доверенности. Убедитесь, что подписываемая Вами форма отвечает Вашим потребностям.
- Прилагаемая форма медицинской долгосрочной доверенности соответствует законодательству штата Колорадо. Требования к свидетелям, нотариусу и другие требования могут отличаться в разных штатах. Если Вы переезжаете в другой штат или часто путешествуете, обязательно ознакомьтесь с требованиями этого штата.

***Ваша медицинская долгосрочная доверенность должна содержать следующую информацию:***

- Имя, адрес и номер телефона лица, которого Вы выбираете в качестве своего представителя, а также Вашего второго представителя, который будет осуществлять действия, если Ваш первый представитель не сможет действовать от Вашего имени.
- Любые указания относительно лечения, которое Вы хотите или не хотите получать, например, хирургические операции, химиотерапия или искусственное поддержание жизненных функций, такое как искусственное питание, почечный диализ, поддержание дыхания и т. д.



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER  
**MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY  
 FOR HEALTH CARE DECISIONS**

Name, MR#, Pat#, DOB

Primary Language:  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_ ID X 2 \_\_\_\_\_ (Staff Initials)  
 Do you wish to have an interpreter?  Yes  No  N/A Interpreter: \_\_\_\_\_ (Name)  
 Language Line Used  Patient requests to have significant other/family member interpret. \_\_\_\_\_ (Name)  
 Communication Aids Requested?  Yes  No  N/A If yes: \_\_\_\_\_

***IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE FOLLOWING LEGAL DOCUMENT***

Before signing this document, it is very important for you to know and understand these facts:

- This document gives the person you name as your agent the power to make health care decisions if you are unable to do so. These decisions and powers are not limited to terminal conditions and life support decisions.
- After you have signed this document, you still have the right to make health care decisions for yourself if you are able to do so.
- You may state in this document any type of treatment that you want to receive or want to avoid. If you want your agent to make decisions about life sustaining treatment, it is best to so state in your medical durable power of attorney.
- You have the right to take away the authority of your agent to make decisions for you at any time unless you have been determined to be incompetent by a court. If you withdraw (revoke) the authority of your agent, you should do so in writing and give copies to all those who received the original document.
- You should not sign this document unless you understand it. You may wish to talk to others or a lawyer before you sign this document.
- You may use this sample Medical Durable Power of Attorney form; however, it may not meet your individual needs. Other medical durable power of attorney forms are acceptable to use in Colorado also. Be sure the form you sign meets your needs.
- The enclosed Medical Durable Power of Attorney form complies with Colorado law. Witness, notary, and other requirements vary from state to state. If you move to another state or travel often, be sure to check that state's requirements.

***Your medical durable power of attorney should contain the following information:***

- The name, address and telephone number of the person you choose as your agent, and your second choice of agent to act if your first agent is unable to act for you.
- Any instructions about treatment you do or do not wish to receive such as surgery, chemotherapy, or life sustaining treatment such as artificial feeding, kidney dialysis, or breathing support, etc.



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER  
**МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ  
 ДЕНВЕРА МЕДИЦИНСКАЯ  
 ДОЛГОСРОЧНАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ ДЛЯ  
 ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О МЕДИЦИНСКОМ  
 ОБСЛУЖИВАНИИ**

Имя, MR#, Pat#, DOB

1. Я, \_\_\_\_\_, заявитель, настоящим уполномочиваю:  
 (напишите свое имя)

Имя представителя \_\_\_\_\_  
 Домашний номер телефона представителя \_\_\_\_\_  
 Рабочий номер телефона представителя \_\_\_\_\_  
 Домашний адрес представителя \_\_\_\_\_

в качестве моего представителя для принятия решений о медицинском обслуживании, если и когда я не смогу самостоятельно принимать решения о моем медицинском обслуживании. Это дает моему представителю право давать согласие, отказывать или прекращать любое медицинское обслуживание, лечение, услуги или диагностические процедуры. Мой представитель также имеет право разговаривать с медицинским персоналом, получать информацию и подписывать формы, необходимые для выполнения этих решений.

Если лицо, указанное в качестве моего представителя, отсутствует или не может действовать в качестве моего представителя, я назначаю следующее лицо (лиц) в указанном ниже порядке:

2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 Имя представителя Имя представителя  
 Домашний номер телефона # Рабочий номер телефона # Домашний номер телефона # Рабочий номер телефона #

Настоящим документом я намереваюсь составить **медицинскую долгосрочную доверенность** которая вступит в силу после наступления моей недееспособности принимать решения по уходу за здоровьем и будет действовать во время этой недееспособности.

Мой представитель будет принимать решения о медицинской помощи так, как я укажу ниже или как я сообщу ему или ей другим способом. Если я не выразил своего выбора относительно медицинского обслуживания, мой представитель должен основывать свое решение на том, что, по его/ее мнению, отвечает моим интересам.

(A) Заявление о желании относительно ухода, лечения, услуг и продлевающих жизнь процедур:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(B) Особые положения и ограничения:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**СТАВЯ ЗДЕСЬ СВОЮ ПОДПИСЬ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПОНИМАЮ НАЗНАЧЕНИЕ И ДЕЙСТВИЕ НАСТОЯЩЕГО ДОКУМЕНТА.**

**ПОДПИСЬ ЛИЦА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ДОЛГОСРОЧНУЮ ДОВЕРЕННОСТЬ** \_\_\_\_\_ **ДАТА** \_\_\_\_\_

(Необязательно, но рекомендуется)  
 Закон штата Колорадо не требует заверения данного документа, однако рекомендуется заручиться подписью двух свидетелей или нотариуса. Это не требуется по закону штата Колорадо, но может сделать настоящий документ более приемлемым в других штатах.

**СВИДЕТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_ **СВИДЕТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_  
 Подпись: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_  
 Домашний адрес: \_\_\_\_\_ Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_