



ampleHealth

COMMITTED CARE CONNECTED CARE

ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

6620 Coyle Avenue, Suite 202, Carmichael, CA 95608

Ph: 916-966-8500; Fax: 916-966-8555

3270 Arena Boulevard, Suite 405, Sacramento, CA 95834

Ph: 916-418-4595; Fax: 916-418-4594

Email: hello@ample.health

Effective Date: May 21, 2025

This Advance Health Care Directive complies with California Probate Code Sections 4600–4806. It allows you to appoint a health care agent to make decisions on your behalf and provide instructions for your health care if you are unable to communicate. Please read carefully, complete all relevant sections, and consult with your healthcare provider or an attorney if you have questions.

PART 1: POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

English 1.1 Designation of Health Care Agent - I, _____ (Full Name), designate the following individual as my agent to make health care decisions for me if I am unable to make or communicate those decisions myself:

Agent's Full Name: _____ Relationship to Me: _____

Primary Phone: _____
Alternate Phone: _____ Address: _____
_____, _____, CA, _____

Spanish (Directiva Anticipada de Atención Médica)

1.1 Designación de un Agente de Atención Médica Yo, _____ (Nombre Completo), designó a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre si no puedo tomar o comunicar esas decisiones por mí mismo:

Nombre Completo del Agente: _____ Relación Conmigo: _____
Teléfono Principal: _____
Teléfono Alternativo: _____ Dirección: _____
_____, _____, CA, _____

Russian (Директива о предварительном медицинском уходе) 1.1 **Назначение агента по вопросам медицинского ухода** Я, _____ (Полное имя), назначаю следующее лицо моим агентом для принятия решений о медицинском уходе от моего имени, если я не смогу принимать или сообщать о таких решениях самостоятельно:

Полное имя агента: _____ Отношение ко мне: _____
Основной телефон: _____
Альтернативный телефон: _____ Адрес: _____
_____, _____, CA, _____

English 1.2 **Alternate Agent (Optional)** If my primary agent is unavailable, unwilling, or unable to act, I designate the following individual as my alternate agent:

Alternate Agent's Full Name: _____ Relationship to Me: _____
Primary Phone: _____
Alternate Phone: _____ Address: _____
_____, _____, CA, _____

Spanish 1.2 **Agente Alternativo (Opcional)** Si mi agente principal no está disponible, no desea o no puede actuar, designo a la siguiente persona como mi agente alternativo:

Nombre Completo del Agente Alternativo: _____ Relación Conmigo: _____
Teléfono Principal: _____
Teléfono Alternativo: _____
Dirección: _____, _____, CA, _____

Russian 1.2 **Альтернативный агент (по желанию)** Если мой основной агент недоступен, не желает или не может действовать, я назначаю следующее лицо моим альтернативным агентом:

Полное имя альтернативного агента: _____ Отношение ко мне: _____
Основной телефон: _____
Альтернативный телефон: _____ Адрес: _____
_____, _____, CA, _____

English 1.3 Agent's Authority My agent is authorized to make all health care decisions for me, including but not limited to:

- Consenting to, refusing, or withdrawing any type of medical treatment, including life-sustaining treatment.
- Selecting or discharging health care providers and facilities.
- Accessing my medical records and disclosing my health information as necessary for my care.
- Making decisions about organ donation, autopsy, and disposition of my remains, unless otherwise specified.

My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make or communicate my own health care decisions, unless I check the following box: ☐ My agent's authority is effective immediately and continues even if I regain capacity to make decisions.

Spanish 1.3 Autoridad del Agente Mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, incluyendo, pero no limitado a:

- Consentir, rechazar o retirar cualquier tipo de tratamiento médico, incluidos tratamientos para mantener la vida.
- Seleccionar o dar de baja a proveedores de atención médica e instalaciones.
- Acceder a mis registros médicos y divulgar mi información de salud según sea necesario para mi cuidado.
- Tomar decisiones sobre donación de órganos, autopsia y disposición de mis restos, salvo que se especifique lo contrario.

La autoridad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal determine que no puedo tomar o comunicar mis propias decisiones de atención médica, a menos que marque la siguiente casilla: ☐ La autoridad de mi agente es efectiva inmediatamente y continúa incluso si recupero la capacidad de tomar decisiones.

Russian 1.3 Полномочия агента Мой агент уполномочен принимать все решения о медицинском уходе за меня, включая, но не ограничиваясь:

- Согласие на, отказ от или прекращение любого вида медицинского лечения, включая лечение, поддерживающее жизнь.
- Выбор или увольнение медицинских работников и учреждений.
- Доступ к моим медицинским записям и раскрытие моей медицинской информации, необходимой для моего ухода.
- Принятие решений о донорстве органов, вскрытии и распоряжении моими останками, если не указано иное.

Полномочия моего агента вступают в силу, когда мой основной врач определит, что я не способен принимать или сообщать о своих решениях по медицинскому уходу, если я не

отмечу следующую галочку: [] Полномочия моего агента вступают в силу немедленно и сохраняются, даже если я восстановлю способность принимать решения.

English 1.4 Limits on Agent's Authority (Optional) If I wish to limit my agent's authority, I specify the following restrictions:

Spanish 1.4 Límites a la Autoridad del Agente (Opcional) Si deseo limitar la autoridad de mi agente, especifico las siguientes restricciones:

Russian 1.4 Ограничения полномочий агента (по желанию) Если я желаю ограничить полномочия моего агента, я указываю следующие ограничения:

PART 2: HEALTH CARE INSTRUCTIONS

English 2.1 General Statement of Goals and Preferences My goals and preferences for health care are as follows (e.g., prioritize quality of life, prolong life, manage pain, etc.):

Spanish 2.1 Declaración General de Metas y Preferencias Mis metas y preferencias para la atención médica son las siguientes (por ejemplo, priorizar la calidad de vida, prolongar la vida, manejar el dolor, etc.):

Russian 2.1 Общее заявление о целях и предпочтениях Мои цели и предпочтения в отношении медицинского ухода следующие (например, приоритет качества жизни, продление жизни, управление болью и т.д.):

English 2.2 End-of-Life Decisions If I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, or if I am in a coma or persistent vegetative state with no reasonable hope of recovery, as determined by my physician, I provide the following instructions:

☐ I want life-sustaining treatment (e.g., artificial nutrition, hydration, or mechanical ventilation) to be provided, even if it only prolongs the dying process. ☐ I do not want life-sustaining treatment to be provided or continued, except for comfort care to relieve pain and suffering. ☐ I want my agent to decide based on my best interests and the circumstances at the time.

Additional instructions:

Spanish 2.2 Decisiones al Final de la Vida Si tengo una condición incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un tiempo relativamente corto, o si estoy en coma o en un estado vegetativo persistente sin esperanza razonable de recuperación, según lo determine mi médico, proporciono las siguientes instrucciones:

☐ Quiero que se proporcionen tratamientos para mantener la vida (por ejemplo, nutrición artificial, hidratación o ventilación mecánica), incluso si solo prolongan el proceso de muerte. ☐ No quiero que se proporcionen o continúen tratamientos para mantener la vida, excepto cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento. ☐ Quiero que mi agente decida según mis mejores intereses y las circunstancias en ese momento.

Instrucciones adicionales:

Russian 2.2 Решения на конец жизни Если у меня есть неизлечимое и необратимое состояние, которое приведет к моей смерти в относительно короткий срок, или если я нахожусь в коме или в стойком вегетативном состоянии без разумной надежды на восстановление, как определит мой врач, я предоставляю следующие инструкции:

☐ Я хочу, чтобы лечение, поддерживающее жизнь (например, искусственное питание, гидратация или механическая вентиляция), предоставлялось, даже если оно только продлевает процесс умирания. ☐ Я не хочу, чтобы лечение, поддерживающее жизнь, предоставлялось или продолжалось, за исключением паллиативной помощи для облегчения боли и страданий. ☐ Я хочу, чтобы мой агент принимал решение, исходя из моих наилучших интересов и обстоятельств на тот момент.

Дополнительные инструкции:

English 2.3 Comfort Care and Pain Relief Regardless of other instructions, I want my doctors to provide comfort care, including pain relief and palliative care, to keep me as comfortable as possible, even if such treatment might shorten my life.

Additional instructions:

Spanish 2.3 Cuidados de Confort y Alivio del Dolor Independientemente de otras instrucciones, quiero que mis médicos proporcionen cuidados de confort, incluyendo alivio del dolor y cuidados paliativos, para mantenerme lo más cómodo posible, incluso si dicho tratamiento pudiera acortar mi vida.

Instrucciones adicionales:

Russian 2.3 Комфортная помощь и облегчение боли Независимо от других инструкций, я хочу, чтобы мои врачи предоставляли комфортную помощь, включая облегчение боли и паллиативный уход, чтобы я чувствовал себя максимально комфортно, даже если такое лечение может сократить мою жизнь.

Дополнительные инструкции:

English 2.4 Other Health Care Instructions (Optional) I provide the following additional instructions for my health care (e.g., mental health treatment, specific procedures, religious or cultural preferences):

Spanish 2.4 Otras Instrucciones de Atención Médica (Opcional) Proporcionó las siguientes instrucciones adicionales para mí atención médica (por ejemplo, tratamiento de salud mental, procedimientos específicos, preferencias religiosas o culturales):

Russian 2.4 Другие инструкции по медицинскому уходу (по желанию) Я предоставляю следующие дополнительные инструкции по моему медицинскому уходу (например, лечение психического здоровья, конкретные процедуры, религиозные или культурные предпочтения):

PART 3: ADDITIONAL PROVISIONS (OPTIONAL)

English 3.1 Organ and Tissue Donation Upon my death, I make the following choice regarding organ and tissue donation: ☐ I wish to donate my organs, tissues, or body parts for transplantation, research, or education, as permitted by law. ☐ I do not wish to donate my organs, tissues, or body parts. ☐ I leave this decision to my agent.

Additional instructions:

Spanish 3.1 Donación de Órganos y Tejidos Tras mi fallecimiento, tomo la siguiente decisión respecto a la donación de órganos y tejidos: ☐ Deseo donar mis órganos, tejidos o partes del cuerpo para trasplantes, investigación o educación, según lo permita la ley. ☐ No deseo donar mis órganos, tejidos o partes del cuerpo. ☐ Dejo esta decisión a mi agente.

Instrucciones adicionales:

Russian 3.1 Донорство органов и тканей После моей смерти я принимаю следующее решение относительно донорства органов и тканей: ☐ Я желаю пожертвовать мои органы, ткани или части тела для трансплантации, исследований или образования, как это разрешено законом. ☐ Я не желаю жертвовать мои органы, ткани или части тела. ☐ Я оставляю это решение моему агенту.

Дополнительные инструкции:

English 3.2 Autopsy and Disposition of Remains I provide the following instructions regarding autopsy and disposition of my remains:

Spanish 3.2 Autopsia y Disposición de Restos Proporciono las siguientes instrucciones respecto a la autopsia y la disposición de mis restos:

Russian 3.2 Вскрытие и распоряжение останками Я предоставляю следующие инструкции относительно вскрытия и распоряжения моими останками:

PART 4: SIGNATURE AND WITNESSES

English 4.1 Statement of Intent I understand that this Advance Health Care Directive replaces any prior directive I have made. I am at least 18 years old, of sound mind, and acting voluntarily. This document reflects my wishes for my health care.

Spanish 4.1 Declaración de Intención Entiendo que esta Directiva Anticipada de Atención Médica reemplaza cualquier directiva previa que haya hecho. Tengo al menos 18 años, estoy en pleno uso de mis facultades mentales y actúo voluntariamente. Este documento refleja mis deseos para mi atención médica.

Russian 4.1 Заявление о намерениях Я понимаю, что эта Директива о предварительном медицинском уходе заменяет любую предыдущую директиву, которую я сделал. Мне не менее 18 лет, я в здравом уме и действую добровольно. Этот документ отражает мои пожелания относительно моего медицинского ухода.

English 4.2 Signature

Signed by: _____ (Full Name)

Signature: _____ Date: _____

Address: _____, _____, CA, _____

Spanish 4.2 Firma

Firmado por: _____ (Nombre Completo) Firma: _____
Fecha: _____ Dirección: _____
_____, _____, CA, _____

Russian 4.2 Подпись

Подписано: _____ (Полное имя) Подпись: _____
Дата: _____
Адрес: _____, _____, CA, _____

English 4.3 Witnesses or Notary (Choose One Option) Under California law, this document must be signed by two witnesses or acknowledged before a notary public. Witnesses must be at least 18 years old, not be the designated agent or alternate agent, and at least one witness must not be related to you or entitled to any part of your estate.

Option 1: Witness Signatures

Witness 1: I declare that the person signing this document is personally known to me, appears to be of sound mind, and is acting voluntarily. Full Name: _____
Signature: _____ Date: _____
Address: _____, _____, CA, _____

Witness 2: I declare that the person signing this document is personally known to me, appears to be of sound mind, and is acting voluntarily. Full Name: _____
Signature: _____ Date: _____
Address: _____, _____, CA, _____

Option 2: Notary Public State of California, County of _____ On _____
(date), before me, _____
(notary's name), personally appeared _____ (signer's name), who
proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed
to this instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her authorized
capacity, and that by his/her signature on the instrument the person executed the document.

Notary Public Signature: _____ Seal: _____
Commission Expires: _____

Spanish 4.3 Testigos o Notario (Elija una Opción) Según la ley de California, este documento debe ser firmado por dos testigos o reconocido ante un notario público. Los testigos deben tener al menos 18 años, no deben ser el agente designado ni el agente alternativo, y al

menos un testigo no debe estar relacionado conmigo ni tener derecho a ninguna parte de mi patrimonio.

Opción 1: Firmas de Testigos Testigo 1: Declaro que la persona que firma este documento me es personalmente conocida, parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y actúa voluntariamente. Nombre Completo: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Dirección: _____, CA, _____

Testigo 2: Declaro que la persona que firma este documento me es personalmente conocida, parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y actúa voluntariamente. Nombre

Completo: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Dirección: _____, CA, _____

Opción 2: Notario Público Estado de California, Condado de _____

El _____ (fecha), ante mí,

_____ (nombre del notario), compareció personalmente

_____ (nombre del firmante), quien me demostró, con evidencia satisfactoria, ser la persona cuyo nombre está suscrito en este instrumento y me reconoció que lo ejecutó en su capacidad autorizada, y que con su firma en el instrumento, la persona ejecutó el documento.

Firma del Notario Público: _____ Sello: _____

Comisión Expira: _____

Russian 4.3 Свидетели или нотариус (выберите один вариант) Согласно

законодательству Калифорнии, этот документ должен быть подписан двумя свидетелями или заверен у нотариуса. Свидетели должны быть не моложе 18 лет, не являться назначенным агентом или альтернативным агентом, и по крайней мере один свидетель не должен быть родственником или иметь право на какую-либо часть моего имущества.

Вариант 1: Подписи свидетелей Свидетель 1: Я заявляю, что лицо, подписывающее этот документ, мне лично известно, кажется находящимся в здравом уме и действует добровольно. Полное имя: _____ Подпись: _____

Дата: _____ Адрес: _____, CA, _____

Свидетель 2: Я заявляю, что лицо, подписывающее этот документ, мне лично известно, кажется находящимся в здравом уме и действует добровольно. Полное имя: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Адрес: _____, CA, _____

Вариант 2: Нотариус Штат Калифорния, Округ _____ В _____

(дата), передо мной, _____

(имя нотариуса), лично явился _____ (имя подписанта), который доказал мне на основании удовлетворительных доказательств, что он/она является лицом, чье имя указано в этом документе, и признал мне, что он/она подписал его в своем уполномоченном качестве, и что своей подписью в документе лицо исполнило документ.

Подпись нотариуса: _____ Печать:

_____ Срок действия комиссии:

PART 5: INFORMATION FOR YOUR HEALTH CARE PROVIDER

English This Advance Health Care Directive is provided to AmpleHealth to be included in my medical record. I understand that I should provide copies to my designated agent, alternate agent, family members, and other relevant health care providers. For questions, I may contact: AmpleHealth, Dheeraj Kamra, MD 6620 Coyle Avenue, Suite 202, Carmichael, CA 95608. 916-966-8500

Spanish Esta Directiva Anticipada de Atención Médica se proporciona a AmpleHealth para que se incluya en mi expediente médico. Entiendo que debo proporcionar copias a mi agente designado, agente alternativo, miembros de la familia y otros proveedores de atención médica relevantes. Para preguntas, puedo contactar a: AmpleHealth, Dheeraj Kamra, MD 6620 Coyle Avenue, Suite 202, Carmichael, CA 95608. 916-966-8500

Russian Эта Директива о предварительном медицинском уходе предоставляется AmpleHealth для включения в мою медицинскую карту. Я понимаю, что мне следует предоставить копии моему назначенному агенту, альтернативному агенту, членам семьи и другим соответствующим медицинским работникам. По вопросам я могу связаться с: AmpleHealth, Dheeraj Kamra, MD 6620 Coyle Avenue, Suite 202, Carmichael, CA 95608. 916-966-8500

Acknowledgement

English I acknowledge that I have received information about this Advance Health Care Directive and have had the opportunity to ask questions.

Patient Name: _____ Signature: _____

_____ Date: _____

Spanish Reconozco que he recibido información sobre esta Directiva Anticipada de Atención Médica y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____
Fecha: _____

Russian Я подтверждаю, что получил информацию об этой Директиве о предварительном медицинском уходе и имел возможность задать вопросы.

Имя пациента: _____ Подпись: _____
Дата: _____