Maagang Pagpaplano ng Pangangalaga

PANGKALAHATANG-IDEYA AT PAUNANG BILIN

Overview and Advance Directive - Tagalog Translation

Honoring Choices® PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF

Washington State Hospital Association | WSMA Foundation for Health Care Improvement

This form meets the requirements of Washington state law (Natutugunan ng form na ito ang mga kinakailangan sa batas ng estado ng Washington).

Ano ang ibig sabihin ng maagang pagpaplano ng pangangalaga?

Ang ibig sabihin ng maagang pagpaplano ng pangangalaga ay pag-iisip tungkol sa kung anong pangangalagang pangkalusugan ang maaari mong magustuhan sa hinaharap. Ang ganitong uri ng pagpaplano ay isinasagawa sa pamamagitan ng pakikipag-usap, pagsusulat, at pagbabahagi sa mga bagay na mahalaga sa iyo. Matutulungan nito ang ibang tao na magpasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi ka makakapagpasya. Sa ganitong sitwasyon, kailangang magpasya para sa iyo ng isang taong malapit sa iyo. Ang taong ito ay tinatawag na health care agent (ahente ng pangangalagang pangkalusugan), na kilala rin bilang attorney-in-fact (ahenteng binibigyan ng kapangyarihan ng abugado), surrogate (kahalili), o legal na tagapagpasya sa larangang medikal.

Mahalagang maihanda mo ang iyong health care agent sa pamamagitan ng pagbabahagi kung paano mo siya gustong magpasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

Ano ang ibig sabihin ng paunang bilin?

Ang paunang bilin ay boluntaryo at legal na paraan ng pagsusulat ng iyong mga pasya sa pagpaplano ng pangangalagang pangkalusugan. Dapat mong ibahagi ang iyong paunang bilin sa mga taong mahalaga sa iyo—tulad ng iyong health care agent at mga mahal sa buhay—at sa iyong mga health care provider (tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan), klinika, at ospital. Dapat ay palagiang isinasapanahon ang paunang bilin. Ang lahat ng nasa hustong gulang na may edad na 18 pataas ay maaaring gumawa ng paunang bilin.

Mayroong dalawang uri ng paunang bilin sa estado ng Washington: 1) ang durable power of attorney for health care at 2) ang bilin sa pangangalagang pangkalusugan.

Ang paunang bilin ng Honoring Choices PNW ay durable power of attorney for health care (DPOA-HC, pangmatagalang kapangyarihan ng abugado para sa pangangalagang pangkalusugan). Ang DPOA-HC ay batay sa batas ng estado ng Washington (kabanata 11.125 Revised Code of Washington (RCW, Binagong Kodigo ng Washington)). Binibigyang-daan ka ng legal na form na ito na pangalanan ang iyong health care agent na magpapasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi ka makakapagpasya. Makakatulong din sa iyo ang form na ito na ihanda ang iyong health care agent sa pamamagitan ng pagbabahagi sa iyong mga layunin, pinahahalagahan, at kagustuhan. Ayon sa pananaliksik, ang pinakamabuting paraan upang matiyak na masusunod ang iyong mga kahilingan ay magtalaga at maghanda ng health care agent.

Ang paunang bilin na tinutukoy sa booklet na ito ay hindi bilin sa pangangalagang pangkalusugan (kabanata 70.122 RCW). Kilala rin ang mga bilin sa pangangalagang pangkalusugan bilang mga living will (habilin habang nabubuhay pa). Maaari ka ring gumawa ng bilin sa pangangalagang pangkalusugan, na bilin upang itigil o pigilan ang paggamot na pantuloy ng buhay sa mga partikular na sitwasyon sa ilalim ng batas ng estado ng Washington. Para sa iba pang impormasyon tungkol sa bilin sa pangangalagang pangkalusugan, pumunta sa: **www.HonoringChoicesPNW.org** o makipag-usap sa iyong health care provider.

Ano ang ibig sabihin ng health care agent?

Ang health care agent ay taong pipiliin mong magpasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi ka makakapagpasya. Dapat mong ipaalam sa iyong health care agent kung ano ang mahalaga sa iyo, tulad ng iyong mga personal na pinahahalagahan at layunin sa pagpapagamot. Magsisilbing gabay ang impormasyong ito sa pagpapasya ng iyong health care agent at mga health care provider nang pinakamabuti para sa iyo kung hindi ka makakapagpasya. Sa paggawa ng paunang biling ito (durable power of attorney for health care), binibigyang-pahintulot mo ang taong ito na magpasya kasama ng iyong mga health care provider tungkol sa iyong pangangalaga. Walang magiging personal at pinansyal na pananagutan ang health care agent mo para sa pangangalagang pipiliin niya para sa iyo bilang iyong health care agent.

Ano ang mga katangian ng isang mabuting health care agent?

Ang iyong health care agent ay DAPAT:

- Makaunawa sa kung ano ang ginagawa ng isang health care agent at maging handang gampanan ang tungkulin nito.
- Magbahagi sa iyong mga layunin, pinahahalagahan, at kagustuhan sa mga health care provider mo, at maglarawan sa kung ano ang ibig sabihin sa iyo ng "maayos na pamumuhay" o isang "magandang araw".
- Magsakatuparan sa iyong mga pasya, kahit na hindi siya sang-ayon sa mga ito.
- Makapagpasya sa panahon ng kagipitan.

Ang iyong health care agent ay HINDI MAAARING:

- Wala pang 18 taong gulang.
- Ang iyong doktor o empleyado ng iyong doktor (maliban na lang kung siya ay iyong asawa, domestic partner (kinakasama sa bahay) na nakarehistro sa estado, magulang, anak o kapatid na nasa hustong gulang).
- Ang may-ari, tagapangasiwa, o empleyado ng isang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan o pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga kung saan ka tumatanggap ng pangangalaga o naninirahan (maliban na lang kung siya ay iyong asawa, domestic partner na nakarehistro sa estado, magulang, anak o kapatid na nasa hustong gulang).

Ano ang maaaring gawin ng isang health care agent?

Kung hindi ka makakapagpasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan, ang health care agent mo ang pagpapasyahin para sa iyo. Maaaring gamitin ng iyong health care agent ang impormasyong ibabahagi mo sa paunang biling ito at sa mga pakikipag-usap upang magsilbing gabay para sa iyong pangangalaga.

Sa pamamagitan ng pagsunod sa batas ng estado at paggamit sa kanyang pagkakaunawa sa iyong mga layunin, pinahahalagahan, at kagustuhan, ang iyong health care agent ay maaaring:

- Magpasya tungkol sa mga pagpapagamot at pagpapaopera, kasama na ang kung gagamit ng cardiopulmonary resuscitation (CPR, pagpapaganang muli sa puso at baga), aparatong pantulong sa paghinga, tubong daluyan ng pagkain, at iba pang paggamot.
- Magpasya kung ititigil na ang life-support na paggamot at tutuon sa pangangalagang nakakapagbigay-ginhawa.
- Magsuri at maglabas ng mga talaang medikal para sa iyong pangangalaga at/o mag-apply para sa mga benepisyo mo ng insurance sa pangangalagang pangkalusugan.
- Pumili ng mga provider at organisasyon ng pangangalagang pangkalusugan na magbibigay sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

Ano ang ibig sabihin ng CPR?

Ang cardiopulmonary resuscitation o CPR ay pamamaraang ginagamit kapag huminto ang iyong puso at paghinga. Pinakamabisang gumagana ang CPR kung malusog ang iyong pangangatawan at sinimulan agad ang CPR pagkahinto ng iyong puso. Maliit ang posibilidad na magtagumpay ang CPR kung ikaw ay mahina, nakakatanda, o may malubhang karamdaman.

Kung ikaw ay mailigtas, maaaring kailanganin mo ng ventilator (aparatong pantulong sa paghinga) dahil sa paghina ng iyong baga. Mahalagang makipag-usap ka sa iyong mga health care provider tungkol sa kung matutugunan ba ng CPR ang iyong mga layunin.

Kasama sa karaniwang pangangalaga sa estado ng Washington ang pagbibigay ng CPR sa mga tao kung huminto ang kanilang puso at paghinga. Ang mga kahilingan sa CPR na ibabahagi mo sa DPOA-HC form na ito ay magsisilbing gabay para sa iyong "code status (antas ng kodigo)" kung maospital ka. Ang ibig sabihin ng code status ay uri ng biglaang paggamot na matatanggap o hindi ng isang tao sa ospital kung huminto ang kanyang puso o paghinga.

Ang ilang taong pinipiling hindi makatanggap ng CPR sa isang ospital ay hindi rin gustong magpa-CPR sa iba pang lugar. Sa ganitong sitwasyon, dapat mong itanong sa iyong health care provider ang tungkol sa paggawa ng Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, Mga Nadadalang Kautusan para sa Paggamot na Pantuloy ng Buhay). Ang POLST ay medikal na kautusang nagpapahayag ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan sa mga taong tumutugon sa panahon ng emergency at iba pang propesyonal sa medisina.

Ano ang ibig sabihin ng life support?

Ang mga life-support (na tinatawag ding life-sustaining o pantuloy ng buhay) na paggamot ay mga medikal na paggamot na nagpapanatili sa iyong buhay sa pamamagitan ng pagsuporta o pagpapalit sa mahahalagang bahagi ng katawan. Ang mga ganitong paggamot ay hindi nakakapagpagaling ng mga medikal na kondisyon. Pananatilihin kang buhay ng mga ito hanggang sa bumuti ang iyong kalagayan o kaya ay alisin na ang life support mo para hayaan kang mamatay sa likas na paraan. Ang ilang halimbawa ng life-support na paggamot ay CPR, aparatong pantulong sa paghinga, tubong daluyan ng pagkain, pagsasalin ng dugo, at dialysis sa bato. Tandaan na ang pagpapaibsan ng kirot at pagbibigay-ginhawa ay bahagi ng nakasanayang paraan ng pangangalaga at hindi itinuturing bilang mga life-support na paggamot.

Ano ang mangyayari kung hindi ako magpangalan ng isang health care agent?

Kung hindi ka makakapagpasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan at walang pinangalanang health care agent, susundin ng iyong mga health care provider ang batas ng estado ng Washington upang alamin kung sino ang maaaring kumilos bilang iyong tagapagpasya sa larangang medikal. Ibig sabihin, ang mga miyembro ng iyong pamilya o mga kaibigan mo ang pagpapasyahin nila para sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Kung hindi makilala ang pamilya o mga kaibigan mula sa listahan sa ibaba, maaaring hilingin ng mga health care provider sa hukuman na magtalaga ito ng tagapag-alaga na magpapasya para sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

Makikipag-ugnayan ang mga health care provider sa mga tao sa ganitong pagkakasunod-sunod hanggang sa mayroon na silang maaaring kilalanin na tagapagpasya sa larangang medikal para sa iyo (kabanata 7.70.065 RCW).

1. Isang tagapag-alagang itinalaga ng hukuman (kung naaangkop)
2. (Mga) pinangalanang health care agent*
3. Asawa o rehistradong domestic partner
4. Mga anak na nasa hustong gulang*
5. Mga magulang*
6. Mga kapatid na nasa hustong gulang*
7. Mga apong nasa hustong gulang na nakakakilala sa pasyente*
8. Mga pamangking nasa hustong gulang na nakakakilala sa pasyente*
9. Mga tita at titong nasa hustong gulang na nakakakilala sa pasyente*
10. Isang malapit na kaibigang nasa hustong gulang na nakakatugon sa ilang partikular na pamantayan

* *Para sa anumang grupong may mahigit sa isang tao, ang lahat ng tao sa grupo ay dapat sumang-ayon sa pangangalaga.*

ipinagpapatuloy >

Ano ang ilang sitwasyong maaaring sumaklaw?

Pagpapangalan sa iyong asawa bilang health care agent mo

Kung pipiliin mo ang iyong asawa o rehistradong domestic partner bilang health care agent mo sa form na ito, hindi na siya ang magiging nakapangalan mong health care agent kung maghahain ang sinuman sa inyo ng kahilingan sa pagpapawalang-bisa, annulment o legal na paghihiwalay (kabanata 11.125.100 RCW). Gayunpaman, binibigyang-daan ka ng form na ito na maipagpatuloy ang kanyang pagiging health care agent mo, kahit na pagkatapos ng inyong diborsyo.

Kung sumasaklaw sa iyo ang sitwasyong ito, ilagay ang inisyal mo sa tabi ng pahayag na iyon sa Pahina 2 ng form na ito: "Kung papangalanan ko ang aking asawa o rehistradong domestic partner bilang health care agent ko at sa kalaunan ay maghain kami ng kahilingan ng pagpapawalang-bisa, annulment, o legal na paghihiwalay; gusto ko siyang magpatuloy bilang aking health care agent."

Hindi pagpapangalan ng health care agent sa form na ito

Bagamat ang pangunahing layunin ng form na ito ay magpangalan ng health care agent, mayroon kang opsyong hindi ito gawin. Kung walang pinangalanang health care agent, susundin ng mga health care provider ang batas ng estado ng Washington upang alamin kung sino ang maaaring kumilos bilang iyong tagapagpasya sa larangang medikal (kabanata 7.70.065 RCW).

Kung sasagutan mo ang iba pang seksyon ng form na ito, ituturing ito bilang pahayag ng mga personal na pagpapahalaga at hindi bilang paunang bilin. Ang pahayag ng mga personal na pagpapahalaga ay buod ng iyong mga layunin, pinahahalagahan, at kagustuhan. Magsisilbing gabay ang impormasyong ito sa pagpapasya para sa iyo ng tagapagpasya mo sa larangang medikal.

Kung sumasaklaw sa iyo ang sitwasyong ito, ilagay ang inisyal mo sa tabi ng pahayag na iyon sa Pahina 2 ng form na ito: "Hindi ako magpapangalan ng health care agent. Kapag ibinahagi ko ang aking mga layunin at pinahahalagahan sa form na ito, ituturing ito bilang pahayag ng mga personal na pagpapahalaga at hindi bilang paunang bilin."

Sa sitwasyong ito, maaari ka ring gumawa ng bilin sa pangangalagang pangkalusugan, na tinatawag ding living will, na bilin upang itigil o pigilan ang paggamot na pantuloy ng buhay sa mga partikular na sitwasyon sa ilalim ng batas ng estado ng Washington. Para sa iba pang impormasyon, pumunta sa **www.HonoringChoicesPNW.org** o makipag-usap sa iyong health care provider.

Ano ang dapat kong gawin sa paunang biling ito?

Kapag natapos mo na ang paunang biling ito, dapat mong ipaalam ang iyong mga kahilingan at bigyan ng kopya ang mga taong mahalaga sa iyo—tulad ng iyong health care agent at mga mahal sa buhay —at sa iyong mga health care provider, klinika, at ospital. Kung naaangkop, maaari ka ring magbahagi ng kopya sa iyong bahay-kalinga o pasilidad sa may-gabay na pamumuhay. Mahalagang magkaroon ng kopya ang lahat.

Paano kung magbago ang aking isip?

Kung magbago ang isip mo tungkol sa mga pasyang nakalagay sa iyong paunang bilin, sabihan ang lahat ng taong may kopya nito, kasama na ang iyong health care agent, mga mahal sa buhay, mga health care provider, klinika, at ospital. Maaari mong ipawalang-bisa o bawiin ang iyong paunang bilin anumang oras. Kailangan mong ipaalam sa iyong health care provider na gusto mo itong ipawalang-bisa sa pamamagitan ng pagsusulat sa kanila ng liham (tiyaking pipirmahan mo ito at lalagyan ng petsa) o sa pamamagitan ng pagsabi sa kanila nang verbal. Mahalagang makagawa ng bagong paunang bilin. Tiyaking magbibigay ka ng kopya ng bagong paunang bilin sa mga taong mahalaga sa iyo—tulad ng iyong health care agent at mga mahal sa buhay—at sa iyong mga health care provider, klinika, at ospital.

Paano ang tungkol sa pag-donate ng organ at tissue?

Kung gusto mong maging donor, mangyaring ipaalam sa iyong health care agent, pamilya, at mga health care provider. Maaari mo ring itala ang kahilingan mong i-donate ang iyong organ, tissue, at mata sa **www.registerme.org**.

Sino ang magpapasya kung paano pangangasiwaan ang aking katawan pagkamatay ko?

Walang ibinibilin sa form na ito tungkol sa pangangasiwa sa iyong mga labi. Maaari kang gumawa ng form na partikular na nagbibilin kung paano pangangasiwaan ang iyong katawan pagkamatay mo alinsunod sa batas ng estado (kabanata 68.50.160 RCW).

Sino ang maaari kong makaugnayan kung kailangan ko ng tulong sa maagang pagpaplano ng pangangalaga?

Narito ang Honoring Choices PNW para tulungan ka.
Pumunta sa **www.honoringchoicespnw.org/locations** o makipag-ugnayan sa amin sa **info@honoringchoicespnw.org** para humingi ng tulong.

PAUNAWA MGA HEALTH CARE PROVIDER
(**ATTENTION** HEALTH CARE PROVIDERS)

AKING PANGALAN (MY NAME): _____

AKING PETSA NG KAPANGANAKAN (MY DATE OF BIRTH): ____ / ____ / ____

AKING HEALTH CARE PROVIDER
(MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

TELEPONO SA TANGGAPAN NG PROVIDER
(PROVIDER OFFICE PHONE): ( )

MANGYARING TUPARIN ANG AKING MGA KAHILINGAN
(**PLEASE HONOR** MY WISHES)

AKING HEALTH CARE AGENT (na pinangalanan sa DPOA-HC)
(**MY HEALTH CARE AGENT** (named on DPOA-HC))**:**

_____

PANGUNAHING TELEPONO (BEST PHONE): ( )

ANG AKING ☐ PAUNANG BILIN ☐ POLST AY MAKIKITA SA
(MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT):

_____

Itabi at dalhin ang wallet card na ito upang maipaalam sa iba na mayroon kang health care agent.

PAUNANG BILIN: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Ang paunang biling ito, na durable power of attorney for health care (pangmatagalang kapangyarihan ng abugado para sa pangangalagang pangkalusugan), ay nagbibigay-daan sa iyo na pangalanan at ihanda ang iyong health care agent (ahente ng pangangalagang pangkalusugan).
Natutugunan ng form na ito ang mga kinakailangan sa batas ng estado ng Washington.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent.
This form meets the requirements of Washington state law.

Aking Impormasyon:

My Information:

BUONG PANGALAN: GAMIT NA PANGHALIP (opsyonal):

FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL): *(hal., siya/sila)* *(i.e., he/she/they)*

PETSA NG KAPANGANAKAN: / /

DATE OF BIRTH: *(mm/dd/yyyy)* *(mm/dd/yyyy)*

PAGPAPANGALAN SA ISANG HEALTH CARE AGENT

NAMING A HEALTH CARE AGENT

Ang taong itinatalaga ko bilang aking health care agent ay si:

The person I designate as my health care agent is:

BUONG PANGALAN: GAMIT NA PANGHALIP (opsyonal):

FULL NAME: PRONOUNS (optional):

UGNAYAN: PANGUNAHING TELEPONO: ( ) PAMALIT NA TELEPONO: ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ADDRESS, LUNGSOD, ESTADO, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Ang mga taong itinatalaga ko bilang mga kapalit na ahente ay sina:

The people I designate as my alternate agents are:

Kung ang taong nakalista sa itaas ay hindi makapagpasya o hindi handang magpasya para sa aking pangangalagang pangkalusugan, itinatalaga ko ang mga taong nakalista sa ibaba bilang una at ikalawang kapalit na health care agent.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

Unang Kapalit

First Alternate

BUONG PANGALAN: GAMIT NA PANGHALIP (opsyonal):

FULL NAME: PRONOUNS (optional):

UGNAYAN: PANGUNAHING TELEPONO: ( ) PAMALIT NA TELEPONO: ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ADDRESS, LUNGSOD, ESTADO, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Ikalawang Kapalit

Second Alternate

BUONG PANGALAN: GAMIT NA PANGHALIP (opsyonal):

FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL):

UGNAYAN: PANGUNAHING TELEPONO: ( ) PAMALIT NA TELEPONO: ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ADDRESS, LUNGSOD, ESTADO, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

PAGPAPANGALAN SA ISANG HEALTH CARE AGENT
NAMING A HEALTH CARE AGENT

Mga sitwasyong maaaring sumaklaw:
Situations that may apply:

Ilagay ang iyong inisyal sa tabi ng mga pahayag sa ibaba na sumasaklaw sa iyo. Maaari mong guhitan ang mismong mga pahayag na hindi sumasaklaw sa iyo. Para sa iba pang impormasyon: tingnan ang Pangkalahatang-ideya ng Advance Care Planning (ACP, Maagang Pagpaplano ng Pangangalaga), pumunta sa ***www.HonoringChoicesPNW.org****, o makipag-usap sa iyong health care provider (tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan).*

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit ***www.HonoringChoicesPNW.org****, or talk with your health care provider.*

_____ Kung papangalanan ko ang aking asawa o rehistradong domestic partner (kinakasama sa bahay) bilang health care agent ko at sa kalaunan ay maghain kami ng kahilingan ng pagpapawalang-bisa, annulment, o legal na paghihiwalay; gusto ko siyang magpatuloy bilang aking health care agent.
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ Hindi ako magpapangalan ng health care agent. Kapag ibinahagi ko ang aking mga layunin at pinahahalagahan sa form na ito, ituturing ito bilang pahayag ng mga personal na pagpapahalaga at hindi bilang paunang bilin.
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

PAGHAHANDA SA ISANG HEALTH CARE AGENT
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Ano ang pinakamahalaga sa akin?
What matters most to me?

Tutulungan ka ng seksyong ito na isipin kung ano ang pinakamahalaga sa iyo. Magsisilbing gabay sa mga taong mahalaga sa iyo—tulad ng iyong health care agent at mga mahal sa buhay—ang impormasyong ito sa kanilang pagpapasya para sa pangangalagang pangkalusugan mo kung hindi ka makakapagpasya.

Maaari mong ibahagi ang mga sumusunod:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- Ano ang gusto mong gawin, sa paraang mental at pisikal?
  What do you love to do, mentally and physically?
- Gaano kahalaga sa iyo na malaman kung sino ka at kung sino ang kasama mo?
  How important is it for you to know who you are and who you are with?
- Gaano kalahaga sa iyo ang pakikipag-ugnayan sa iyong pamilya at mga kaibigan?
  How important is communicating with family and friends to you?
- Ano ang ibig sabihin sa iyo ng "maayos na pamumuhay" o "isang magandang araw"?
  What does "living well" or "a good day" look like to you?
- Ano ang pangunahin mong pinahahalagahan sa iyong buhay?
  What do you value most in your life?

Ang pinakamahalaga sa akin ay ang sumusunod: *(Maglagay ng detalye. Magdagdag ng pahina kung kailangan.)*
The following is what matters most to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PANGALAN: _____
NAME:
PETSA NG KAPANGANAKAN: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(mm/dd/yyyy)*
(mm/dd/yyyy)

PAGHAHANDA SA ISANG HEALTH CARE AGENT
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Ano ang aking mga paniniwala, kagustuhan, at kagawian?
What are my beliefs, preferences, and practices?

Makakatulong sa mga taong mahalaga sa iyo—tulad ng iyong health care agent at mga mahal sa buhay—at sa pangkat na nangangalaga sa kalusugan mo na malaman ang tungkol sa iyong mga paniniwala, kagustuhan, at kagawian. Maaari mong ibahagi ang mga sumusunod:
It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- Ano ang nagbibigay sa iyo ng suporta, ginhawa, at lakas kapag nahihirapan ka?
  What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- Anong medikal na paraan ng paggamot ang gusto mo o hindi mo gusto (hal., pagsasalin ng dugo, pangangasiwa ng kirot, artipisyal na pagpapakain)?
  What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- Paano nagpapasya para sa pangangalagang pangkalusugan sa iyong komunidad, kultura, o pamilya?
  How are health care decisions made in your community, culture, or family?

Mahalaga sa akin ang mga sumusunod na paniniwala, kagustuhan, at kagawian: *(Maglagay ng detalye. Magdagdag ng pahina kung kailangan.)*
The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

Gusto kong ipakausap ang (mga) sumusunod na tao upang suportahan ang aking mga paniniwala, kagustuhan, at kagawian: *(Hindi sila magkakaroon ng kapangyarihang magpasya para sa pangangalagang pangkalusugan.)*
I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: *(They will not have power to make health care decisions.)*

PANGALAN:
NAME:
TELEPONO: ( )
PHONE:

KATUNGKULAN:
ROLE:
ORGANISASYON:
ORGANIZATION:

PANGALAN:
NAME:
PETSA NG KAPANGANAKAN: / /
DATE OF BIRTH: *(mm/dd/yyyy)*
(mm/dd/yyyy)

PAGHAHANDA SA ISANG HEALTH CARE AGENT
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Sa pagsagot sa mga sumusunod na tanong, ibinabahagi ko ang aking mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan. Kung hindi ako makakapagpasya para sa aking pangangalagang pangkalusugan, gusto kong gamitin ng health care agent ko ang impormasyong ito bilang gabay sa kanyang pagpapasya. Nauunawaan ko na magsisilbing gabay ang impormasyong ito sa pangangalaga sa akin, ngunit maaaring hindi eksaktong masunod ang aking mga kahilingan sa bawat sitwasyon.
In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

CPR: Ano ang aking mga kahilingan?
CPR: What are my wishes?

Kasama sa karaniwang pangangalaga sa estado ng Washington ang pagbibigay ng cardiopulmonary resuscitation (CPR, pagpapaganang muli sa puso at baga) sa mga tao kung huminto ang kanilang puso at paghinga. Magsisilbing gabay ang seksyong ito sa iyong health care agent at mga health care provider kung magsasagawa man o hindi ng CPR kung maospital ka at huminto ang iyong puso at paghinga (na tinatawag ding "code status (antas ng kodigo)").
Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

Kung maospital ako at huminto ang aking puso at paghinga:
If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

☐ Gusto kong magpa-CPR.
I want CPR attempted.

☐ Gusto kong magpa-CPR, maliban na lang kung may maging pagbabago sa aking kalusugan, at mayroon akong:
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:

- Maliit na pagkakataong mabuhay nang nakaayon sa aking mga layunin at pinahahalagahan na ipinahayag ko sa form na ito at/o tinalakay ko sa aking health care agent; o
  Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
- Sakit o pinsalang hindi na gagaling, at posibleng malapit na akong mamatay; o
  A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
- Maliit na pagkakataong makaligtas kahit na mapaganang muli ang aking puso.
  Little chance of survival even if my heart is started again.

☐ Hindi ko gustong magpa-CPR. Gusto ko na hayaan akong mamatay sa likas na paraan. *(Makipag-usap sa iyong health care provider tungkol sa form ng Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, Mga Nadadalang Kautusan para sa Paggamot na Pantuloy ng Buhay).)*
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. *(Talk to your health care provider about a POLST form.)*

Life Support: Ano ang aking mga kahilingan?
Life Support: What are my wishes?

Magsisilbing gabay sa health care agent mo ang iyong tugon sa ibaba. Kapag sinagutan ang tanong na ito, hindi ibig sabihin na ituturing ito bilang bilin sa pangangalagang pangkalusugan, na bilin upang itigil o pigilan ang paggamot na pantuloy ng buhay sa mga partikular na sitwasyon sa ilalim ng batas ng estado ng Washington. Para sa iba pang impormasyon, pumunta sa www.HonoringChoicesPNW.org o makipag-usap sa iyong health care provider.
Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

Kung magkasakit o mapinsala ako nang malubha at posibleng malapit na akong mamatay o na-coma ako at posibleng hindi na ako gumaling, gusto kong gawin ng aking health care agent ang mga sumusunod:
If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

☐ Gamitin ang lahat ng life-support na paggamot upang mapanatili akong buhay kahit na may maliit na pagkakataong gumaling ako. Gusto kong manatiling naka-life support.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

☐ Subukan ang lahat ng life-support na paggamot na ipagpapalagay ng mga health care provider ko na makakatulong sa akin na gumaling. Kung hindi gumana ang mga paggamot at may maliit na pagkakataong mabuhay ako nang nakaayon sa aking mga layunin at pinahahalagahan, hindi ko gustong manatiling naka-life support. Sa puntong iyon, hayaan akong mamatay sa likas na paraan.
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

☐ Hayaan akong mamatay sa likas na paraan. Hindi ko gustong magpakabit ng life support. Kung nasimulan na ang mga life-support na paggamot, gusto kong ipahinto ang mga ito.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

☐ Gusto kong magpasya para sa akin ang health care agent ko.
I want my health care agent to decide for me.

PANGALAN: _____
NAME:
PETSA NG KAPANGANAKAN: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(mm/dd/yyyy)*
(mm/dd/yyyy)

PAGHAHANDA SA ISANG HEALTH CARE AGENT
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Mga Karagdagang Tagubilin
Additional Directions

Kung mamamatay na ako at pahihintulutan ng aking medikal na pangangalaga, mga karamay sa buhay, at mga mapagkukunan, kagustuhan kong mamatay:
If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- ☐ Sa aking bahay o sa bahay ng isang mahal sa buhay (na may hospisyo kung nanaisin).
  At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).
- ☐ Sa isang medikal na pasilidad.
  In a medical facility.
- ☐ Wala akong kahit anong gusto.
  I do not have a preference.
- ☐ Iba pa (mangyaring ilarawan): _____
  Other (please describe):

Kung ako ay buntis at hindi ako makakapagpasya para sa aking pangangalagang pangkalusugan, gusto kong isaalang-alang ng aking health care agent at mga health care provider ang sumusunod habang nagpapasya sila para sa aking pangangalagang pangkalusugan:
If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Isulat ang anumang karagdagang impormasyon na gusto mong malaman ng iyong health care agent, mga health care provider, o iba pa tungkol sa iyong mga kahilingan sa pangangalagang pangkalusugan. Pakitandaan na nakadokumento dapat nang magkahiwalay ang iyong kahilingan sa pag-donate ng organ at ang plano mo para sa iyong mga labi.
Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PANGALAN:
NAME: _____
PETSA NG KAPANGANAKAN: / /
DATE OF BIRTH: *(mm/dd/yyyy)*
(mm/dd/yyyy)

PAGPAPAHINTULOT SA ISANG HEALTH CARE AGENT
AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

Pahayag ng Pangkalahatang Pahintulot at mga Kapangyarihan ng Aking Health Care Agent: Pinahihintulutan ko ang aking health care agent na magbigay ng pagsang-ayon para sa mga medikal na paggamot kapag hindi ako makakapagpasya. Pinahihintulutan ko ang aking health care agent na isakatuparan ang mga kahilingan ko hinggil sa mga life-support na paggamot gaya ng CPR, aparatong pantulong sa paghinga, tubong daluyan ng pagkain, pagsasalin ng dugo, at dialysis sa bato. Kasama na rito ang pagsang-ayong simulan, ituloy, o ihinto ang medikal na paggamot.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

Pinapagtibay ko ang sumusunod: Nauunawaan ko ang kahalagahan at kahulugan ng durable power of attorney for health care (DPOA-HC). Ipinapakita sa form na ito ang mga pipiliin ng health care agent ko at ang aking mga layunin, pinahahalagahan, at kagustuhan. Kusang-loob kong sinagutan ang form na ito. Malinaw ang aking pag-iisip. Nauunawaan ko na maaari akong magbago ng isip anumang oras. Nauunawaan ko na maaari kong ipawalang-bisa at palitan ang form na ito anumang oras. Ipinapawalang-bisa ko ang anumang nakaraang durable power of attorney for health care. Gusto kong magkabisa ang DPOA-HC na ito kung mapag-alaman ng isang doktor o lisensiyadong sikolohista na wala akong kakayahang magpasya para sa aking pangangalagang pangkalusugan. Magpapatuloy ang biling ito hangga't nananatili akong walang kakayahan.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

AKING PIRMA: PETSA:

MY SIGNATURE: DATE:

ADDRESS, LUNGSOD, ESTADO, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Mga Kinakailangang Saksi o Pagpapanotaryo
Witnesses or Notary Requirement

Dapat ay may dalawang taong makasaksi sa iyong pagpirma o kaya naman ay kilalanin ito ng isang notaryo publiko.
You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

OPSYON 1 – DALAWANG SAKSI
OPTION 1 – TWO WITNESSES

Pagpapatibay ng Saksi: Ipinapahayag ko na natutugunan ko ang mga panuntunan sa pagiging isang saksi.
Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

SAKSI #1 PIRMA: PETSA:

WITNESS #1 SIGNATURE: DATE:
NAKA-PRINT NA PANGALAN:

NAME PRINTED:

SAKSI #2 PIRMA: PETSA:

WITNESS #2 SIGNATURE: DATE:
NAKA-PRINT NA PANGALAN:

NAME PRINTED:

Mga Panuntunan para sa mga Saksi:
Rules for Witnesses:

- Dapat ay 18 taong gulang pataas at may kakayahan.
  Must be at least 18 years of age and competent.
- Hindi maaaring nauugnay sa iyo o sa iyong health care agent sa pamamagitan ng dugo, pagpapakasal, o domestic partnership na nakarehistro sa estado.
  Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- Hindi maaaring ang iyong provider ng pangangalaga sa bahay o provider ng pangangalaga sa isang bahay-kalinga para sa mga nasa hustong gulang o pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga kung saan ka naninirahan.
  Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- Hindi maaaring ang iyong itinalagang health care agent.
  Cannot be your designated health care agent.

OPSYON 2 – NOTARYO
OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)
ESTADO NG WASHINGTON)
COUNTY OF)
COUNTY NG

This record was acknowledged before me on this day of ,
Kinikilala ko ang talaang ito na nasa aking harapan ngayong ika- (na) araw ng

by (name of individual):
ni (pangalan ng indibidwal):

Signature: Title: Exp:
Pirma: Katungkulan: Petsa ng Pagkawalang-bisa:

PANGALAN:
NAME:
PETSA NG KAPANGANAKAN: / /
DATE OF BIRTH: *(mm/dd/yyyy)*
(mm/dd/yyyy)