



# ዝቕደመ ናይ ክንክን መደብ

ሓፈሻዊ ትሕዝቶ ከምኡ-ውን ዝቕደመ መምርሒ.

Overview and Advance Directive - Tigrinya Translation



Honoring Choices®  
PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF



Washington State  
Hospital Association



Foundation  
for Health Care Improvement

## ዝቐደመ ናይ ክንክን መደብ እንታይ እዩ?

ዝቐደመ ናይ ክንክን መደብ ማለት ኣብ መጻኢ እንታይ ዓይነት ናይ ጥዕና ክንክን ንዓኻ ከም ዘድልየካ ምሕሳብ ማለት እዩ። እዚ ዓይነት መደብ ብዛዕባ ንዓኻ ዘገድሱኻ ምዝራብ፣ ምጽሓፍ፣ ከምኡውን ምክፋል የጠቓልል። እዚ ኸኡ ናይ ዝሓለፈ ግድብ ውሳኔ ክትገብር እንተ ዘይክእልካ ካልኦት ናይ ክንክን ጥዕና ኣብ ክንዳኻ ውሳኔ ንክገብሩ ይሕግዞም። ኣብዚ ኩነታት፣ ንዓኻ ቐረባ ዝኾነ ሰብ ውሳኔታት ክገብረልካ ከድሊ ይኸውን እዩ። እዚ ሰብ እዚ ወኪል ክንክን ጥዕና ተባሂሉ እጽዋዕ፣ ከምኡውን ዓቃብ ሕጊ-ኣብ-ሓቕ፣ ወይ ሕጋዊ ናይ ሕክምና ውሳኔ ዝገብር እውን ተባሂሉ እጽዋዕ እዩ።

ንወኪል ክንክን ጥዕናኻ ብዛዕባ ከመይ ገይሮም ናይ ክንክን ጥዕና ውሳኔታት ንዓኻ ክገብሩልካ ኸም እትደሊ ብምክፋል ከተዳልዎም ኣገዳሲ እዩ።

## ዝቐደመ መምርሒ እንታይ እዩ?

ዝቐደመ መምርሒ ወሳኔታት ናይ ዝቐደመ መደብ ክንክን ብፍታው ምምዳብ፣ ብሕጋዊ መገዲን ክትጽሕፍ ከለኻ እዩ። ናይ ዝቐደመ መምርሒኻ ምስ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናን እተፍቅሮም ሰባትን- ዝሓመሰሉ ንዓኻ ዘገድሱኻ ሰባትን ንኣለይቲ ክንክን ጥዕና፣ ክሊኒክ፣ ከምኡውን ሆስፒታል መምርሒ ከተካፍሎም ኣለካ። ዝቐደመ መምርሒ ንቐጻሊ ክመሓየሽ ኣለዎ። ኮሎም 18ን ካብኡ ንላዕልን ዝኾኑ እኹላት ሰባት ነቲ ዝቐደመ መምርሒ ክመልኡ ይኸእሉ እዮም።

ኣብ ግዛኣት ዋሽንግተን ክልተ ዓይነት ዝቐደመ መምርሒታት ኣሎ፡- 1) ጠቢቓ ኸንክን ጥዕና ዘለዎ ዓቃብ ሕጊ ከምኡውን 2) መምርሒ ክንክን ጥዕና።

እቲ ዝቐደመ መምርሒ ኣብዛ ጽሕፍቲ እዚኦ ዘሎ ጠቢቓ ኸንክን ጥዕና ዘለዎ ዓቃብ ሕጊ (durable power of attorney for health care (DPOA-HC)) እዩ። እቲ DPOA-HC ኣብ ሕጊ ግዛኣት ዋሽንግተን (ምዕራፍ 11.125 Revised Code of Washington (RCW፣ እተኣረመ ኮድ ዋሽንግተን)) ዝተሞርከሰ እዩ።

እዚ ሕጋዊ ፎርም እዚ ናይ ዝሓለፈ ግድብ ውሳኔ ክትገብር ዘይትኸእል ምስ እትኸውን ንጥዕናኻ ዝምልከት ውሳኔታት ዝገብረልካ ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ክትመርጽ የኸእለካ። እዚ ፎርም እዚ ብተወሳኺ ዕላማኻ፣ ክብርታትካ፣ ከምኡውን ምርጫታትካን ብምክፋል ንወኪል ክንክን ጥዕናኻ ንኸተዳልዎ ይሕግዞካ እዩ። መጽናዕትታት ከም ዝሕብሮ ድሌትካ ይሰብ ከምዘሎ ከተረጋግጻሉ እትኸእል ዝበለጸ መንገዲ ንኣደ ወኪል ክንክን ጥዕና ምስግይን ምድላውን እዩ።

ዝቐደመ መምርሒ ኣብዛ መጽሓፍ እዚኦ ዘሎ መምርሒ ኸንክን ጥዕና ኣይኮነን (ምዕራፍ 70.122 RCW)። መምርሒታት ክንክን ጥዕና ህያው ድሌታት እውን ተባሂሎም ይፍለጡ እዮም። መምርሒ ክንክን ጥዕና ክትዛገም እውን ክትሓሰብ ትኸእል ትኸውን ኢኻ፣ እዚ ኣብ ትሕቲ ሕጊ ግዛኣት ዋሽንግተን ኣብ እተወሰነ ኸንታት ህይወት ዝድግፍ ሕክምና ኸተቋርጽ ወይ ክትከልከል ዘኸእል መምርሒ ኸንክን ጥዕና እዩ። ንዝያዳ ሓበሬታ ብዛዕባ መምርሒ ክንክን ጥዕና፣ ናብ [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) ብጻሕ ወይ ከኣ ምስ ኣላዩ ክንክን ጥዕናኻ ተዘራረቡ።

## ወኪል ክንክን ጥዕና እንታይ እዩ?

ኣደ ወኪል ክንክን ጥዕና ኣደ ባዕልኻ ክትወስኖ ዘይክኣልካ ብዛዕባ ክንክን ጥዕና ውሳኔታት ክወስነልካ ዝመረጽካዮ ሰብ እዩ ። ንወኪል ክንክን ጥዕናኻ ከም ብሕታዊ ስርዓታትካን ዕላማታትካን ዝሓመሰሉ ንዓኻ ዘገድሱኻ ነገራት ክትነግሮ ኣሎካ። እዚ ሓበሬታ እዚ ናይ ዝሓለፈ ግድብ ውሳኔታት ክትገብር እንተ ዘይክእልካ ወኪል ክንክን ጥዕናኻን ንኣለይቲ ክንክን ጥዕናን ኣብ ክንዳኻ ዝበለጸ ውሳኔ ንክገብሩ ከመርሖም ይኸእል እዩ። ነዚ ዝቐደመ መምርሒ ብምውዳእ (ጠቢቓ ክንክን ጥዕና ዘለዎ ዓቃብ ሕጊ) ነዚ ሰብ ብዛዕባ ናትካ ክንክን ምስ ወሃብቲ ክንክን ጥዕና ውሳኔ ክገብር ፈቒድካሉ ኣለኻ። ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ከይኖም ንዝመረጹልካ ክንክን ብገንዘብ ተሓታቲ ኣይኮኑን እዮም።



## ንኣደ ንፋዕ ወኪል ክንክን ጥዕና ዝገብር እንታይ እዩ?

ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ነዞም ዝሰዕብ ክገብር ኣለዎ፡-

- ኣደ ወኪል ክንክን ጥዕና እንታይ ከም ዝገብር ክርዳእ ከምኡውን ነዚ ሓላፍነት እዚ ክፍጽም ፍቓደኛ ክኸውን ኣለዎ።
- ዕላማታትካ፣ ስርዓታትካ፣ ከምኡውን ምርጫታትካ ምስ ኣለይቲ ክንክን ጥዕናኻ ኣካፍሎም፣ ከምኡውን "ጽቡቕ ናብራ" ወይ "ጽቡቕ መዓልቲ" ንዓኻ እንታይ ማለት ምዃኑ ድማ ግለጽ።
- ዋላኳ ምስ ውሳኔታትካ ዘይሰማምዑ እንተኾኑ፣ ንወሳኔታትካ ኣተግብሮም።
- ኣብ ኣጻጋማ ወይ ኣጨናቕ እዋናት ውሳኔታት ክትገብር ትኸእል ኢኻ።

ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ካብዞም ዝሰዕቡ ክኸውን ኣይክእልን እዩ፡-

- ትሕቲ 18 ዕድመ።
- ኣኪምካ ወይ ሰራሕተኛ ኣኪምካ (መጻምድትኻ፣ ኣብ ግዛኣት እተመዘገቡ ብጻይካ፣ ወላዲ፣ እኹል ወላድ፣ ወይ እኹል ሓወኻ/ሓፍትኻ እንተ ዘይኮይኖም)።
- ወናኒ፣ ኣመሓዳሪ፣ ወይ ሰራሕተኛ ክንክን ጥዕና ወይ ክንክን ዚግበረልካ ወይ ትነበረሉ ነገራት ክንክን ዚትገብረሉ መእከቢ (መጻምድትኻ፣ ኣብ ግዛኣት እተመዘገቡ ካልኣይካ፣ ወላዲ፣ በጽሒ ወላድካ፣ ወይ በጽሒ ኣሕዋትካ እንተ ዘይኮይኑ)።

## ሓደ ወኪል ከንክን ጥዕና እንታይ ከገብር ይኸክል?

ናይ ገዛእ ርእሰኛ ውሳኔታት ከንክን ጥዕና ከትገብር እንተ ዘይክኢልካ፣ ወኪል ከንክን ጥዕናኻ ብዛዕባ ከንክን ጥዕና ኣብ ከንዳኻ ውሳኔ ከገብረልካ ክሕተት እዩ። ወኪል ከንክን ጥዕናኻ ነቲ ኣብ ዝቐደመ መምርሒን ኣብ ዝርርብካን ዘካፈልካዮ ሓበሬታ ንክንክንካ ንምምራሕ ክጥቐመሉ ይኸክል እዩ።

ምስ ሕጊ ግዛኣት ብምስምማዕን ከምኡውን ናይ ገዛእ ርእሰኛ ርድኢት ብዛዕባ ዕላማታትካ፣ ስርዓታትካ፣ ከምኡውን ምርጫታትካ ምጥቃምን፣ ወኪል ከንክን ጥዕናኻ ከምዚ ዝስዕብ ከገብር ይኸክል፡-

- ምዕሳን ኣብ መድሃኒታት ከምኡውን መጥባሕትታት ክወስን፣ ምጥቓም ካርድዮፕራምናሪ ሪሳስቴሽን (CPR) ፣ መስተንጌሲ ማሻን፣ መመገቢ ቱቦ፣ ከምኡውን ካልእ ዓይነት ሕክምናታት የጠቓልል።
- ናይ ህይወት ደጋፊ ዝኾኑ መድሃኒታት ኣቋሪጽካ ኣብ ምቐእ ከንክን ከተቶከር ይወስን።
- ናይ ሕክምና መዛግብቲ ብዛዕባ ከንክንካ ይምርምርን ይለቅቅን ከምኡውን/ወይ ኣብ ከንዳኻ ናይ መኸሰብ ከንክን ጥዕና መድሕን ንምርካብ የመልክት።
- ከንክን ጥዕና ዝህቡኻ ኣለይቲ ከንክን ጥዕናን ውድባትን ይመርጽ።

### CPR (ሲ.ፒ.ኤር.) እንታይ እዩ?

ካርድዮፕራምናሪ ሪሳስቴሽን ወይ CPR ልብኻን ምስትንፋሲካን ኣብ ዘቋርጸሉ ግዜ ዝጥቐመሉ መስርሕ እዩ። CPR ሰብነትካ ጥዕይ ኣብ ዝኾነሉ ግዜ ዝበለጸ እሰርሕ ከምኡውን CPR ልብኻ ኣብ ዘቋርጸሉ እዋን ብኡንብኡ ይጅመር። CPR ድኹም፣ ዕድመ ዝደፋእካ፣ ወይ ጽኑዕ ሕማም እንተ ኣልዩካ ብዙሕ ዕውት ኣይከወንን እዩ።

ብህይወት እንተ ተሪፍካ፣ ሳናቡእካ ብምድካሙ ቨንቲሌቶር (ናይ ምስትንፋሲ ማሻን) የድልዩካ ክኸወን እኸክል እዩ። ምስ ኣለይቲ ከንክን ጥዕናኻ ብዛዕባ CPR ምስ ዕላማታትካ ይኣቱ ምዃኑ ምዝርራርብ ኣገዳሲ እዩ።

ኣብ ግዛኣት ዋሽንግተን ልሙድ ከንክን ማለት ንሰባት ልቦም ከምኡውን ምስትንፋሲን ኣብ ዘቋርጸሉ ግዜ CPR ምቕራብ እዩ። ኣብዚ DPOA-HC ፎርም ናይ CPR ድሌታትካ ምክፋል ኣብ ሕክምና ኣብ እትድቐሰሉ እዋን ናይ “ኩነታትካ ኮድ” ክመርሕ እኸክል። ናይ ኩነታትካ ኮድ ክበሃል ከሎ ሓደ ሰብ ልቡ ወይ ምስትንፋሲ ኣብ ዘቋርጸሉ ኣብ ሆስፒታል ዝቐበሎ ወይ ዘይቅበሎ ህጹጽ ሕክምና ረዲኤት ማለት እዩ።

ገሊኡም ኣብ ሆስፒታል CPR ክግበረሎም ዘይደልዩ ሰባት ኣብ ካልእ መዳዩት እውን CPR ኣይደልዩን እዮም። ኣብ ከምዚ ኩነታት ንኣላዩ ከንክን ጥዕናኻ ብዛዕባ ተንቀሳቓሲ ትእዛዝ ንህይወት ዘድሕን ሕክምና (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)) ምፍጻም ከትሓቶ ኣለካ። POLST ብዛዕባ ውሳኔታት ከንክን ጥዕና ነቶም ህጹጽ መልሲ ዝህቡ ሰባት ከምኡውን ንኸልኡት ሰብ ሞያ ዘዘራርብ ሕክምናዊ ትእዛዝ እዩ።

### ደገፍ ህይወት እንታይ እዩ?

ደገፍ-ህይወት (ህይወት-ዘቐጽል ተባሂሉ እውን ዝፍለጥ) ሕክምናታት ኣገዳሲ ናይ ኣካላት ስራሕ ብምድጋፍ ወይ ብምትካእ ብህይወት ንኸትቐጽል ዝገብረካ ሕክምና እዩ። እዚ ዓይነት ሕክምና እዚ ካብ ሕማም ኣየሕውን እዩ። ክሳብ እትምሓየሽ ወይ ካብ ደገፍ-ህይወት ወጺኻ ብባህርያዊ መገዲ እትመውት ብህይወት ከም እትቐጽል ይገብሩኻ። ገሊ ኣብነታት ደገፍ-ህይወት ሕክምናታት CPR፣ ናይ ምስትንፋሲ መሳርሒታት፣ ቱቦታት መመገቢ፣ ምምሕልላፍ ደም፣ ከምኡውን ምሕጽብ ኮሎን እዮም። ቕንዛኻ ምቕናስ ከምኡውን ምቐእነት ምፍጣር ክፋል ናይ ልሙድ ከንክን ደኣ እምበር ናይ ደገፍ-ህይወት ከም ዘይኮኑ ምፍላጥ ኣገዳሲ እዩ።



## ንሓደ ወኪል ከንክን ጥዕና እንተ ዘይሰምየ እንታይ የጋጥም?

ናይ ገዛእ ርእሰኛ ውሳኔ ከንክን ጥዕና ከትገብር እንተ ዘይክኢልካ ከምኡውን ወኪል ከንክን ጥዕና ምስ ዘይስመን፣ እቶም ሰብ ሞያ ከንክን ጥዕናኻ መን ከም ናይ ሕክምና ውሳኔታትካ ኣተግባሪ ኮይኑ ከዓዩ ከም ዝኸክል ንምውሳኔን ሕጊ ግዛኣት ዋሽንግተን ክስዕቡ እዮም። እዚ ማለት ድማ ንኣባላት ስድራ ቤትካ ወይ መሓዙቱካ ብዛዕባ ከንክን ጥዕና ውሳኔ ከገብሩልካ ክሓትትዎም እዮም ማለት እዩ። ካብ ኣብ ታሕቲ ዘሎ ዝርዝር ስድራ ቤትካ ወይ መሓዙቱካ ክልለዩ እንተ ዘይኪኢሎም፣ ኣለይቲ ከንክን ጥዕና ኣብ ከንዳኻ ኮይኑ ናይ ከንክን ጥዕናኻ ውሳኔ ከገበር ዝኸክል ሓላዊ ክሸሚ ንሓደ ቤት ፍርዲ ክሓትትዎ ይኸክሉ እዮም።

ሰብ ሞያ ወሃብቲ ከንክን ጥዕና ክሳብ ንዓኻ ናይ ሕክምናዊ ውሳኔታት ዝገብረልካ ሰብ ክልለዩ ዝኸክሉ በዚ ዝስዕብ ደረጃ ክረኽቡኻ እዮም (ምዕራፍ 7.70.065 RCW)።

1. ብቤት ፍርዲ ኣተሸመ ሓላዊ (ዝምልከቶ እንተ ኹይኑ)
2. ዝተመረጸ ወኪል(ላት)\* ከንክን ጥዕና
3. መጻምድቲ ወይ ኣተመዝገበ ናይ ቤት ብጻይ
4. በጽሕ ቐልዑ\*
5. ወለዲ\*
6. በጽሒ ኣሕዋት\*
7. በጽሕታት ዝኾኑ ነቲ ሕሙም ዝፈልጡ ደቂ ደቆም\*
8. በጽሕታት ዝኾኑ ነቲ ሕሙም ዝፈልጡ ደቂ ሓፍትን ደቂ ሓወን\*
9. በጽሕታት ዝኾኑ ነቲ ሕሙም ዝፈልጡ ሓትኖታትን/ኣሞታት ከምኡውን ኣኮታት/ኣዎታት \*
10. ኣተወሰነ መለከዲታት ዘማልእ ናይ ቀረባ ዓርኪ

\* ካብ ሓደ ንላዕሊ ሰብ ንዘለዎ ዝኾነ ደኹን ጉጅለ፣ ኮሎም ኣቶም ኣብቲ ጉጅለ ዘለዎ ነቲ ከንክን ክሰምዑሉ ኣለዎም።

# ገለ ካብቶም ኣብ ግብሪ ክወዕሉ ዝኸለሉ ኮነታት እንታይ እዮም?

## ንመጻምድትኻ ኸም ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ምምራጽ/ምስማይ

ኣብዚ ፎርም ንመጻምድትኻ ወይ እተመዘገበ ናይ ቤት ብጻይካ ከም ወኪል ክንክን ጥዕና ምምራጽካ፣ ሓዲኻ ን ምፍራስ፣ ምስራዝ ወይ ሕጋዊ ምፍልላይ ዝገልጽ ፋይል እንተ ኣቐራብካ ዝተሰመየ ወኪል ክንክን ጥዕና ኻብ ምዃን ኣቐራጸም ኣለዉ ማለት እዩ (ምዕራፍ 11.125.100 RCW)። ይኹን እምበር፣ እዚ ፎርም እዚ ድሕሪ ፍትሕ እውን እንተ ኹነ፣ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ክቐጽሉ ክትመርጽ የኸለካ እዩ።

እዚ ኹነታት እዚ ንዓኻ ዝምልከተካ እንተ ኹይኑ፣ ኣብ 1ይ ገጽ ናይዚ ፎርም እዚ ኣብ ዘሎ ፈርም፡- “ንመጻምድትይ ወይ እተመዘገበ ናይ ቤት ብጻይካ ከም ወኪል ክንክን ጥዕናይ ገይረ እንተ መሪጸዮ/ያ ከምኡውን ጸኒሕና ናይ ምፍራስ፣ ምስራዝ ወይ ሕጋዊ ምፍልላይ ዝገልጽ ፋይል እንተ ኣቐራብና፡- ከም ወኪል ክንክን ጥዕናይ ኩይኖም ክቐጽሉ እደሊ እዩ።”

## ኣብዚ ፎርም እዚ ወኪል ክንክን ጥዕና ዘይምስማይ/ዘይምምራጽ

ዋላኳ ቀንዲ ሸቶ እዚ ፎርም እዚ ወኪል ክንክን ጥዕና ምስማይ እኳ እንተኹነ፣ ንኸይትሰሚ ምርጫ ኣለካ። ወኪል ክንክን ጥዕና ስም ዘይሰመ፣ ወሃብቲ ክንክን ጥዕናኻ መን ከም ናይ ሕክምና ወሳኒታትካ ኣተግባሪ ኮይኑ ክዓዩ ከም ዝኸለል ንምውሳኔ ሕገ ግዛኣት ዋሽንግተን ክስዕቡ እዮም (ምዕራፍ 7.70.065 RCW)።

ናይዚ ፎርም ካልኣት ክፋላት እንተ ወዲእካ፣ ከም ዝቐደመ መምርሒ ዘይኮነስ ከም ናይ መግለጺ ናይ ብሕቲ ስርዓታትካ ጌርካ እዩ ዝርእይ። መግለጺ ናይ ብሕቲ ስርዓታትካ ጽማቕ ሓሳባት ናይ ሸቶታትካ፣ ስርዓታትካ፣ ከምኡውን ምርጫታትካ እዩ። እዚ ሓበሬታ እዚ ንናይ ሕክምና ወሳኒ ኣተግባሪ ኣብ ክንዳኻ ከመይ ገይሩ ወሳኒታት ክገብር ከምዝኸለል ሓኪም ከመርሖ ይኸለል እዩ።

እዚ ኹነታት እዚ ንዓኻ ዝምልከተካ እንተ ኹይኑ፣ ኣብ 1ይ ገጽ ናይዚ ፎርም እዚ ኣብ ዘሎ ፈርም፡- “ናይ ክንክን ጥዕና ወኪል ኣይሰምን እዩ። ኣብዚ ፎርም ሸቶታትይን ስርዓታትይን ብምክፋል፣ ከም ናይ መግለጺ ብሕቲ ስርዓታት ደኣ እምበር ከም ዝቐደመ መምርሒ ጌርካ ኣይኣርን እዩ።”

ኣብዚ ኩነታት፣ መምርሒ ክንክን ጥዕና ክትመልእ ክትሓሰብ ትኸለል ኢኻ፣ ናይ ምንባር ድሌት ተባሂሉ እውን ዝፍለጥ፣ እዚ መምርሒ እዚ ኣብ ትሕቲ ሕገ ግዛኣት ዋሽንግተን ኣብ ዘሎ ኣብ ፍሉይ ኮነታት ናይ ህይወት ዘድሕን ሕክምና ንኸተቐርጽ ወይ ንኸትዕቅብ ዝሕግዝ መምርሒ እዩ። ንዝያዳ ሓበሬታ፣

[www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org) ብጻሕ ወይ ምስ ኣላዩ ኸንክን ጥዕናኻ ተዘራረብ ።

# ነዚ ዝቐደመ መምርሒ እዚ እንታይ ክገብር ኣሎኑ?

ነዚ ዝቐደመ መምርሒ ምስ ወዳእካ፣ ብዛዕባ ድሌትካ ክትዛረብ ኣለካ ከምኡውን ንክም ወኪል ክንክን ጥዕናኻን እተፍቐርም ሰባትን -ዝኣመሰሉ ዘገድሱኻ ሰባትን ንኣለይቲ ክንክን ጥዕናኻ፣ ክሊኒክ፣ ከምኡውን ንሆስፒታልን ቅዳሓት ክትህበም ኣሎካ። ይምልከተካ እንተኹይኑ፣ ነቲ ቅዳሓት ንናይ ዝዛኻ ነርስ ወይ ናብ ደገፍ መንበሪ ክተካፍሎ ሕሰብ። ነፍሲ ወከፍ ሰብ ቐዳሕ ክህልዎ ኣገዳሲ እዩ።

## ሓሳባይ ምስ ዝቐደርኻ?

ብዛዕባ ወሳኒታት ዝቐደመ መምርሒ ዝነበረካ ሓሳብካ እንተ ቐይርካ፣ ንኹሉ እቶም ቐድሓት ዘለዎም ከም ወኪል ክንክን ጥዕናኻ፣ ፈተውትኻ፣ ኣለይቲ ክንክን ጥዕና፣ ክሊኒክ፣ ከምኡውን ሆስፒታል ዝኣመሰሉ ንገርም። ነቲ ዝቐደመ መምርሒ ኣብ ዝኹነ እዎን ክትሰርዞ ወይ ክትሓድሩ ትኸለል ኢኻ። ንኣላዩ ክንክን ጥዕናኻ ደብዳቤ ብምጽሓፍ (ንኸትፍርመሉን ዕለት ክትገብረሉን ኣለካ) ወይ ብኣፍ ብምንጋር ክትሰርዞ ከም እትደሊ ክትነግሮ ኣሎካ። ሓድሻ ዝቐደመ መምርሒ ምውዳእ ኣገዳሲ እዩ ። ቅዳሓት ናይ ዝቐደመ መምርሒ ነቶም ዘገድሱኻ ሰባት — ከም ወኪል ክንክን ጥዕናኻ ከምኡውን እተፍቐርም — ከምኡውን ንኣለይቲ ክንክን ጥዕናኻ፣ ክሊኒክ፣ ከምኡውን ሆስፒታል ዝኣመሰሉ ከምዝገብካዮም ኣረጋግጽ።

## ብዛዕባ ወፊያ ኣካላትን ቱሹን ኸ?

ወሃቢ ክትከውን ምስ እትደሊ፣ ብኸብረትካ ንወኪል ክንክን ጥዕናኻን ፣ ንስድራ ቤትካ፣ ከምኡውን ንኣለይቲ ክንክን ጥዕና ንገርም። ድሌታት ናይ ኣካላትካን፣ ቲሹ፣ ከምኡውን ናይ ዓይኒ ወፊያታት ኣብ ኢኻ [www.registerme.org](http://www.registerme.org) ክትምዝግብ ትኸለል።

## ድሕሪ መግተይ ሰብነተይ ብኸመይ ከም ዝትሓዝ ዝውስን መን ኢዩ?

እዚ ፎርም እዚ ምጉሓፍ ሬሳኻ ኣይሕብርን እዩ። ምስ ሕገ ግዛኣት (ምዕራፍ 68.50.160 RCW) ዝሰማማዕ ምስ ሞተትካ ኣካላትካ ብኸመይ ከም እትሕዞ መምርሒ ዝህብ ፎርም ክትውድእ ሕሰብ።

## ምስ ዝቐደመ መደብ ክንክን ሓገዝ ምስ ዝደሊ ንመን ክረከብ እኽለል?

Honoring Choices PNW ክትግዙኻ እዮም ኣብዚ ዘለው። ናብ [www.honoringchoicespnw.org/locations](http://www.honoringchoicespnw.org/locations) ብጻሕ ወይ ንሓገዝ ኣብ [info@honoringchoicespnw.org](mailto:info@honoringchoicespnw.org) ርኽብና።

ኣቐልቡ ኣለይቲ ኸንክን ጥዕና (ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)	ብኸብረትኩም ድልዩታትይ ኣኸብርዎም (PLEASE HONOR MY WISHES)
ስመይ (MY NAME): _____	ናይ ክንክን ጥዕናይ ወኪል (ኣብ DPOA-HC ዝተሰማየ) (MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)): _____
ዕለተ ልደተይ (MY DATE OF BIRTH): _____ / _____ / _____	ዝበለጸ ቴሌፎን (BEST PHONE): ( _____ ) _____
ክንክን ጥዕና ወሃቢየይ (MY HEALTH CARE PROVIDER): _____	ናተይ <input type="checkbox"/> ዝቐደመ መምርሒ <input type="checkbox"/> POLST ኣብዚ ዝስዕብ ክርከብ ይኸለል (MY <input type="checkbox"/> ADVANCE DIRECTIVE <input type="checkbox"/> POLST CAN BE FOUND AT): _____
ናይ ቐራቢ ቴሌፎን ቤት-ጽሕፈት (PROVIDER OFFICE PHONE): ( _____ ) _____	

## 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):
PETSA NG KAPANGANAKAN: / /	(hal., siya/sila) (i.e., he/she/they)
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:	



AN INITIATIVE OF



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

## 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 Pagpapalano ng Pangangalaga), pumunta sa [www.HonoringChoicesPNW.org](http://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](http://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 KAPANAKANAN:     /     / \_\_\_\_\_

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 pinahalalagahan 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](http://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](http://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 pinahalalagahan, 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:

PETA 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:

PETA:

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:

PETA:

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

NAKA-PRINT NA PANGALAN:

NAME PRINTED:

SAKSI #2 PIRMA:

PETA:

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

NAKA-PRINT NA PANGALAN:

NAME PRINTED:

#### 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:

#### 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.



PANGALAN:

NAME:

PETA NG KAPANAKANAN:

/ /

DATE OF BIRTH:

(mm/dd/yyyy)  
(mm/dd/yyyy)