

# DIREKTIBA SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN (LIVING WILL)

Buong Pangalan: \_\_\_\_\_

Numero ng Medikal na Rekord: \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ginawa ang direktibang ito ngayong ika- \_\_\_\_\_ araw ng \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Taon)

Ako si \_\_\_\_\_ na nasa maayos na pag-iisip, at kusang-loob at boluntaryo kong ipinapaalam ang aking kagustuhan na ang pagkamatay ko ay hindi patatagalin sa artipisyal na paraan sa ilalim ng mga sitwasyong itinakda sa ibaba, at ipinapahayag ko na:

(A) Kung sa anumang oras na magkaroon ako ng kondisyon na hindi magagamot at hindi gagaling na mapapatunayan bilang isang kondisyong walang lunas ng doktor na nag-aalaga sa akin, at kung saan ang pagsasagawa ng paggamot na nagpapanatili ng buhay ay patatagalin lang sa artipisyal na paraan ang proseso ng aking pagkamatay, iniutos ko na pigilin o ihinto ang naturang paggamot, at payagan akong mamatay sa natural na paraan. Nauunawaan ko na ang ibig sabihin ng "kondisyong walang lunas" ay isang kondisyong hindi magagamot o hindi gagaling na dulot ng pinsala, sakit, o karamadaman na, sa makatuwirang medikal na pagpapasya, magdudulot ng pagkamatay sa loob ng makatuwirang yugto ng panahon alinsunod sa mga tinatanggap ng medikal na pamantayan.

(B) Kung malalagay ako sa permanenteng coma o tuloy-tuloy na vegetative na katayuan, o iba pang permanenteng kondisyon na walang kamalayan, kung mapapatunayan ng dalawang doktor, at kung saan naniniwala ang dalawang doktor na iyon na wala akong makatuwirang posibilidad na gumaling, iniutos ko na pigilin o ihinto ang paggamot na nagpapanatili ng buhay.

(C) Kung mada-diagnose akong nasa kondisyong walang lunas o permanenteng walang kamalayan [pumili ng isa]

\_\_\_ GUSTO KONG mabigyan ng nutrisyon at hydration sa artipisyal na paraan.

\_\_\_ AYAW KONG mabigyan ng nutrisyon at hydration sa artipisyal na paraan.

Nauunawaan kong ang nutrisyon at hydration na ibinibigay sa artipisyal na paraan ay isang uri ng paggamot na nagpapanatili ng buhay sa ilang partikular na sitwasyon. Hinihiling ko sa lahat ng provider ng pangangalagang pangkalusugan na nag-aalaga sa akin na sundin ang direktibang ito.

(D) Kung mawawalan ako ng kakayahang magbigay ng mga kautusan tungkol sa paggamit ng mga naturang operasyong nagpapanatili ng buhay, hinahangad kong sundin ng aking pamilya, mga doktor, at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan ang direktibang ito bilang huling paghahayag ng aking pangunahing karapatang tumanggi sa medikal o pang-operasyong paggamot, at hinahangad kong sundin din ito ng sinumang taong itatalagang gawin ang mga pagpapasyang ito para sa akin, sa pamamagitan man ng durable power of attorney o ng iba pa. Tinatanggap ko ang mga kahihinatnan ng naturang pagtanggap.

(E) Kung na-diagnose akong buntis at alam ng doktor ko ang diyagnosis na iyon, hindi magkakaroon ng bisa o epekto ang direktibang ito sa panahon ng pagbubuntis ko.

(F) Nauunawaan ko ang ganap na kahalagahan ng direktibang ito, at angkop ang aking emosyonal at pangkaisipang kakayahan upang gawin ang direktibang ito. Nauunawaan ko rin na maaari kong baguhin o bawiin ang direktibang ito anumang oras.

(G) Ginagawa ko ang mga sumusunod na karagdagang utos tungkol sa pangangalaga ko:

---

---

---

**Ang Aking Pirma at Notaryo o Pirma ng Dalawang Saksi ay kinakailangan sa susunod na pahina**

Buong Pangalan:

Numero ng Medikal na Rekord:

Petsa ng Kapanganakan:

/ /

**Dapat makita ng dalawang saksi O ng isang notaryo na pinipirmahan ko ang form na ito upang magkaroon ito ng legal na bisa.**

**Aking Pirma:**

## KINAKAILANGAN SA MGA SAKSI O NOTARYO

Kapag wala itong pirma ng saksi o notaryo, walang legal na bisa ang form na ito.

### Opsyon 1: Dalawang Saksi

Kinakailangan sa Saksi:

- Dapat hindi bababa sa 18 taong gulang at may angkop na kakayahan.
- Hindi maaaring nauugnay sa iyo o sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng pagiging kamag-anak, pag-aasawa, o nakarehistrong domestic partnership sa estado.
- Hindi maaaring maging iyong provider ng pangangalaga sa bahay, o provider ng pangangalaga sa adult family home o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga kung saan ka nakatira.
- Hindi maaaring maging sinumang taong may claim laban sa anumang bahagi ng ari-arian ng nagdeklara sa pagkamatay ng nagdeklara sa panahon ng pagpapatupad ng direktibang ito.

**Pagpapatunay ng Saksi:** Ipinapahayag kong natutugunan ko ang mga panuntunan sa pagiging saksi.

**Saksi #1** Pirma:

Petsa:

Naka-print na Pangalan:

**Saksi #2** Pirma:

Petsa:

Naka-print na Pangalan:

### Opsyon 2: Notaryo

Estado ng Washington )

)

County ng \_\_\_\_\_ )

)

Kinilala ang rekord na ito sa presensya ko nitong ika-

araw ng

ni (pangalan ng indibidwal):

Pirma:

Titulo:

Exp:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Ang legal na form na ito ay isa sa maraming bersyong available sa publiko. Hindi ito ginawa upang maging legal na payo. Para sa mga tanong o tulong, mangyaring kumonsulta sa iyong legal na tagapayo. (08-2021)