

Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan

Advance Health Care Directive (AHCD)

CALIFORNIA

(CALIFORNIA)

Pangalan ko: _____
(My first name:)
Apelyido ko: _____
(My last name:)
Petsa ng kapanganakan ko: _____/_____/_____
(My date of birth:)
Numero ng aking medikal na talaan: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Mayroong dalawang bersyon ng dokumentong ito. Ito ang mas maikli. Maaari mong tingnan ang dalawang bersyon sa kp.org/lifecareplan o hilingin sa iyong doktor ang mga ito. Piliin ang gusto mo.

(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on kp.org/lifecareplan or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

Hakbang 1

Step 1

Pumili ng ahente ng pangangalagang pangkalusugan (tagagawa ng desisyon). Maaari ka ring pumili ng kahaliling ahente kung gusto mo ng isa.

[Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.]

Ang taong ito ay:

(This person is:)

- 18 o mas matanda at alam na alam ang iyong mga pinahahalagahan at paniniwala;
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- handa at kayang gawin ito para sa iyo;
(willing and able to do this for you;)
- handa na kilalanin ang **iyong** mga kagustuhan kahit iba ito sa kanilang paniniwala;
(willing to honor **your** preferences even if they are different from their own;)
- hindi ang iyong doktor o ibang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na nag-aalaga sa iyo.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you.)

Pinipili ko ang _____ relasyon: _____

(I choose)

(relationship)

numero ng telepono: _____ email: _____

(phone number)

(email)

magagawa ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na magpasya para sa akin kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili.

(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

Pinipili ko ang _____ relasyon: _____

(I choose)

(relationship)

numero ng telepono: _____ email: _____

(phone number)

(email)

magagawa ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na magpasya para sa akin kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili.

(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me.)

Hakbang 2

Step 2

Bigyan ng gabay ang aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan at pangkat ng pangangalaga. Pumili lang ng **ISANG** kahon:

(Give guidance to my health care agent and care team. Choose **ONE** box only:)

Kung ako ay may sakit na hindi nalulunasan at magreresulta sa aking kamatayan sa maikling panahon,

(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time,)

O nawalan ako ng malay, at hindi iniisip ng aking mga doktor na gagaling ako,

(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve,)

O ang mga malamang na panganib at pasanin ng paggamot ay hihigit sa inaasahang mga benepisyo...

(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

☐ Gusto kong manatiling buhay hangga't maaari sa loob ng mga limitasyon ng karaniwang tinatanggap na mga pamantayan sa pangangalagang pangkalusugan.

(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)

☐ Ayoko nang pahabain ang buhay ko. Ihihinto ko ang mga paggamot upang mapanatili akong buhay o hindi simulan ang mga ito.

(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)

☐ Hindi ako sigurado kung aling mga pahayag ang pinaka sinasang-ayunan ko. Nagtitiwala ako sa aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na gawin ang pinakamabuti para sa akin.

(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

May iba pa bang dapat malaman ang iyong pangkat ng pangangalaga tungkol sa iyo o sa iyong mga kagustuhang medikal?

(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

Hakbang 3

Step 3

Pirmahan ang form sa ibaba. Hilingin sa DALAWANG saksi (Pagpipilian 1) O sa isang notary public (Pagpipilian 2) na pumirma rin.

[Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.]

Pangalan ko (malalaking letra): _____

[My name (please print):]

Pirma ko: _____ Petsa: _____

(My signature)

(Date)

Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan

Advance Health Care Directive (AHCD)

CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

Pangalan ko: _____
(My first name:)
Apelyido ko: _____
(My last name:)
Numero ng aking medikal na talaan: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Opsyon 1 Option 1

Pipili ako ng DALAWANG SAKSI.

(I choose TWO WITNESSES.)

DAPAT BASAHIN AT TANGGAPIN NG LAHAT NG SAKSI ANG LAHAT NG KINAKAILANGAN NA ITO.

(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS.)

- Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisisungaling sa ilalim ng mga batas ng California na:
- Wala pa akong 18 taong gulang;
- Hindi ako itinalaga bilang ahente ng Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito;
- isa lang sa mga saksi ang maaaring may kaugnayan sa pamilya;
- ang indibidwal na pumirma o tumanggap ng Advance Health Care Directive na ito ay personal kong kilala, o na ang pagkakakilanlan ng indibidwal ay napatunayan sa akin sa pamamagitan ng nakakumbinsi na ebidensya;
- nilagdaan o kinilala ng indibidwal itong Advance Health Care Directive sa aking presensya;
- ang indibidwal ay lumilitaw na may mabuting pag-iisip at hindi pinipilit, pandaraya, o hindi nararapat na impluwensya;
- Hindi ako ang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ng indibidwal, isang empleyado ng tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ng indibidwal, ang operator ng pasilidad ng pangangalaga sa komunidad, isang empleyado ng isang operator ng pasilidad ng pangangalaga sa komunidad, ang operator ng pasilidad ng pangangalaga sa tirahan para sa mga matatanda, ni isang empleyado ng isang operator ng pasilidad ng pangangalaga sa tirahan para sa mga matatanda.

UNANG SAKSI:

(WITNESS NUMBER ONE:)

Pangalan sa malalaking letra: _____
(Print name:)
Address: _____
(Address:)

Pirma: _____
(Signature:)
Petsa: _____
(Date:)

PANGALAWANG SAKSI:

(WITNESS NUMBER TWO:)

Pangalan sa malalaking letra: _____
(Print name:)
Address: _____
(Address:)

Pirma: _____
(Signature:)
Petsa: _____
(Date:)

KARAGDAGANG PAHAYAG NG MGA SAKSI: Ang kahit man lang isa sa mga binabanggit na saksi sa itaas ay dapat lumagda sa mga sumusunod na pagpapahayag: Bukod pa rito, ipinapahayag ko alinsunod sa parusa sa hindi pagsasabi ng katotohanan sa mga batas ng California na wala akong kaugnayan sa indibidwal na nagpapatupad ng paunang direktiba sa pangangalagang pangkalusugan na ito sa pamamagitan ng dugo, kasal, o pag-aampon, at sa abot ng aking kaalaman, wala akong karapatan sa anumang bahagi ng ari-arian ng indibidwal sa kanyang pagkamatay, alinsunod sa isang umiiral na huling habilin o sa pamamagitan ng pagpapatakbo ng batas.

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon their death under a will now existing or by operation of law.)

Pangalan sa malalaking letra: _____
(Print name:)

Pirma: _____
(Signature:)

PARA SA CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTE LAMANG

Ibigay ang form na ito sa iyong direktor ng nursing home LAMANG kung nakatira ka sa isang nursing home. Ang batas ng California ay nag-aatas sa mga residente ng nursing home na magkaroon ng nursing home ombudsman bilang karagdagang saksi ng Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan (AHCD).

(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTS ONLY)

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

Pirma ng ombudsman: _____
(Signature of ombudsman:)

Petsa: _____
(Date:)

Pangalan sa malalaking letra: _____
(Print name:)

Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan

Advance Health Care Directive (AHCD)

CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

Pangalan ko: _____
(My first name:)
Apelyido ko: _____
(My last name:)
Numero ng aking medikal na talaan: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Opsyon 2 Option 2

Pumili ng PAMPUBLIKONG NOTARYO sa halip ng dalawang saksi.

I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)

State of California, County of: _____

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

On _____ before me, _____ personally appeared _____ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify that under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

Witness my hand and official seal.

(signature of Notary Public)

(Seal)

Mga Susunod na Hakbang

- ☐ Itabi ang orihinal.
- ☐ Magbigay ng mga kopya sa iyong (mga) ahente ng pangangalagang pangkalusugan.
- ☐ Magdala ng kopya sa iyong susunod na appointment sa Kaiser Permanente ○
- ☐ Magpadala ng kopya sa pamamagitan ng koreo sa: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805, O mag-email ng kopya sa: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- ☐ Makipag-usap sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) tungkol sa iyong mga pagpapahalaga, paniniwala, at iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan. Gamitin ang iyong AHCD para gabayan ang pag-uusap at tiyaking magagawa nila ang tungkuling ito. **Tiyaking ipaalam sa iyong mga mahal sa buhay, pamilya, at/o malapit na kaibigan kung sino ang napili mong maging iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan, kung ano ang iyong mga kagustuhansa pangangalagang pangkalusugan, at kung bakit.**
- ☐ Dalhin ang iyong AHCD. Kung pupunta ka sa ospital o nursing home, magdala ng kopya ng iyong AHCD at hilinging ilagay ito sa iyong talaang medikal.

Puwede mong kanselahin o baguhin ang ANUMAN sa iyong mga kagustuhan sa iyong AHCD anumang oras. Habang nagbabago ang mga bagay sa iyong buhay o sa iyong kalusugan, maaari mong baguhin ang iyong (mga) ahente at mga kagustuhan sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang bagong dokumento o pagsasabi sa iyong doktor nang personal.