

Paunang Direktiba

(Advance Directive)

Ano ang paunang direktiba?

What is an advance directive?

Ang paunang direktiba (advance directive) ay isang legal na dokumentong kinukumpleto mo para matiyak na nakukuha mo ang pangangalagang pangkalusugang gusto mo. Sa isang paunang direktiba, maaari kang pumili ng isang tao para gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo, kung hindi mo mismo magagawa ang mga ito. Tinatawag ang taong ito na iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari ka ring magbigay ng impormasyon tungkol sa mga medikal na paggamot at iba pang pangangalagang gugustuhin at hindi mo gugustuhin kung nagkaroon ka ng malubhang sakit.

An advance directive is a legal document you complete to make sure you get the healthcare you want. In an advance directive, you can choose someone to make healthcare decisions for you, if you are ever unable to make them yourself. This person is called your healthcare agent. You also can give information about the medical treatments and other care you would and would not want if you became very sick.

Ang bawat nasa hustong gulang ay dapat may paunang direktiba. Lalong mahalaga ito para sa mga nasa hustong gulang na mas matanda o may mga malubhang sakit. Nakakatulong ang pagkumpleto ng isang paunang direktiba para malaman mong kikilalanin ang iyong mga pinapahalagahan at layunin. Binibigyan din nito ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan ng panatag na isip dahil alam niya kung ano ang gugustuhin mong gawin niya kung kailangan niyang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo.

Every adult should have an advance directive. It is especially important for adults who are older or have serious illnesses. Completing an advance directive helps you know that your values and goals will be honored. It also gives your healthcare agent the peace of mind of knowing what you would want them to do if they need to make healthcare decisions for you.

May kinalaman lamang ang isang paunang direktiba sa mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan. Ibang dokumento ang dapat mong kumpletuhin para magbigay ng pahintulot sa isang tao na pangasiwaan ang iyong mga pananalapi o ari-arian.

An advance directive only deals with healthcare decisions. You must complete a different document to give someone authority to handle your finances or property.

Pangalan
First Name

Apelyido
Last Name

Petsa ng kapanganakan
Date of Birth



Impormasyon at Mga Tagubilin

Information and Instructions

Paano ko kukumpletuhin ang paunang direktibang ito?

How do I complete this advance directive?

Hinihikayat ka naming kumpletuhin ang buong form, ngunit walang problema kung ilang bahagi lamang nito ang gusto mong kumpletuhin. Lagyan lamang ng ekis ang anumang bahagi na hindi mo gustong punan. Magandang ideya na kumpletuhin ang form na ito kasama ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (kung pipiliin mong may pangalanan) at mga minamahal sa buhay para malinaw nilang maunawaan ang iyong mga kagustuhan. Maaari ka ring tulungan ng doktor, nurse, social worker, chaplain, o iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

We encourage you to complete the entire form, but it is okay if you only want to complete part of it. Just cross out any parts you do not want to fill out. It is a good idea to complete this form with your healthcare agent (if you choose to name one) and loved ones so they clearly understand your preferences. A doctor, nurse, social worker, chaplain, or other healthcare professional also can help you.

Sa BAHAGI 1: Pagpili Ng Tagagawa ng Desisyon, papangalanan mo ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan. Ito ang taong pinagkakatiwalaan mo para gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo kung hindi mo mismo magagawa ang mga ito. Pipili ka ng isang pangunahing ahente sa pangangalagang pangkalusugan at hanggang sa dalawang kahaliling (backup) ahente sa pangangalagang pangkalusugan.

In **PART 1: Choosing A Decisionmaker**, you name your healthcare agent. This is the person you trust to make your healthcare decisions for you if you are ever unable to make them yourself. You choose one primary healthcare agent and up to two alternate (backup) healthcare agents.

Magandang ideyang makipag-usap sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan bago mo siya ilista sa form na ito. Tiyaking handa siyang tumulong at tingnan kung mayroon siyang anumang tanong tungkol sa iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan. Napakahalagang pumili ng ahente sa pangangalagang pangkalusugan na pinagkakatiwalaan mo bilang iyong tagagawa ng desisyon. Siya ang magdedesisyon kasama ang iyong team sa pangangalagang pangkalusugan batay sa impormasyong ibibigay mo sa ibang bahagi ng form. Kung nag-aalala ka na hindi susundin ng iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan ang iyong mga kahilingan, dapat mong isaalang-alang ang pagpili ng ibang tao.

It is a good idea to talk with your healthcare agent before you list them on this form. Make sure they are willing to help and see if they have any questions about your healthcare preferences. It is very important to choose a healthcare agent you trust as your decisionmaker. It will be up to them to make decisions with your healthcare team based on the information you provide in the rest of the form. If you are worried that your healthcare agent will not follow your wishes, you should consider choosing someone else.

Impormasyon at Mga Tagubilin [ipinagpatuloy]

Information and Instructions (continued)

Ang isang mabuting ahente sa pangangalagang pangkalusugan ay:

A good healthcare agent:

- ✓ **18 taong gulang o mas matanda pa**
Is 18 years old or older
- ✓ **Kilalang-kilala ka**
Knows you well
- ✓ **Nauunawaan kung ano ang mahalaga sa iyo**
Understands what's important to you
- ✓ **Madaling makakausap ng team sa pangangalagang pangkalusugan (nang personal, sa pamamagitan ng telepono, sa pamamagitan ng interpreter, atbp.)**
Is easy for the healthcare team to contact (in person, by phone, through an interpreter, etc.)
- ✓ **Gumagawa ng mabubuting desisyon sa panahon ng kagipitan**
Makes good decisions under pressure

Ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan ay hindi maaaring:

Your healthcare agent cannot be:

- ✗ **Wala pang 18 taong gulang**
Under 18 years old
- ✗ **Ang iyong doktor, nurse practitioner, o tagatulong sa doktor***
Your doctor, nurse practitioner, or physician assistant*
- ✗ **Empleyado ng ospital kung saan ka tumatanggap ng pangangalaga***
An employee of the hospital where you are receiving care*
- ✗ **Ang may-ari o tagapagpatakbo ng pasilidad sa pangangalaga sa komunidad o pasilidad sa pangangalaga sa tahanan kung saan ka tumatanggap ng pangangalaga**
The owner or operator of a community care facility or residential care facility where you receive care
- ✗ **Ahente sa pangangalagang pangkalusugan para sa higit sa 10 iba pang tao**
The healthcare agent for more than 10 other people

Sa BAHAGI 2: Aking Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan, isusulat mo ang iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan, para maunawaan ng iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan ang mga desisyong gusto mong gawin niya. Kasama rito ang kung ano ang makabuluhang kalidad ng buhay para sa iyo at kung anong mga medikal na paggamot at iba pang pangangalaga ang gusto mo at hindi mo gusto.

In **PART 2: My Healthcare Preferences**, you write down your healthcare preferences, so your healthcare agent understands the choices you want them to make. This includes what a meaningful quality of life looks like for you and what medical treatments and other care you do and do not want.

Sa BAHAGI 3: Pirmahan at Kumpletuhin, pipirmahan mo** ang form ng paunang direktiba sa harap ng dalawang saksi o ng notaryo publiko. Kapag napunan mo na ang form at nasunod mo na ang mga tagubilin sa Bahagi 3, magkakaroon ng legal na bisa ang form sa estado ng California. Mayroon ding mga tagubilin sa Bahagi 3 para sa kung ano ang gagawin sa form na ito kapag nakumpleto na ito.

In **PART 3: Sign and Complete**, you sign** the advance directive form either in front of two witnesses or a notary public. Once you fill out the form and follow the instructions in Part 3, this will be a legally binding form in the state of California. Part 3 also gives instructions for what to do with this form after it is completed.

BAHAGI 4 Ang Aking Mga Pinapahalagahan ay isang opsiyonal na seksiyon kung saan mo maaaring sabihin sa iyong team sa pangangalagang pangkalusugan at mga minamahal sa buhay kung ano pa ang mahalaga sa iyo. Kasama rito ang iyong mga kagustuhan tungkol sa espirituwalidad, kung ano maaaring gawin para maging mas magaan ang mahabang pananatili sa ospital para sa iyo, at kung ano ang gusto mong mangyari sa iyong mga huling araw. Nagbibigay-daan din ang Bahagi 4 para malaman ng iyong ahente, team sa pangangalagang pangkalusugan, at mga minamahal sa buhay kung ano ang mahusay na pangangalaga para sa iyo.

PART 4: My Values is an optional section where you can tell your healthcare team and loved ones what else matters to you. This includes your preferences about spirituality, what would make a long hospital stay easier for you, and what you want to happen in your final days. Part 4 lets your agent, healthcare team and loved ones know what excellent care looks like for you.

* Hindi nalalapat ang mga paghihigpit na ito kung kapamilya o katrabaho mo ang taong ito.
These restrictions do not apply if this person is your family member or coworker.

** Kung hindi ka pisikal na makakapirma, maaari kang magpasilyang pumili ng isa pang nasa hustong gulang na pipirma habang naroon ka.
If you are physically unable to sign, you may select another adult to sign at your direction and in your presence.

BAHAGI 1: Pagpili ng Tagagawa ng Desisyon

PART 1: Choosing a Decisionmaker

Matibay na Kapangyarihan ng Abogado para sa Pangangalagang Pangkalusugan

Durable Power of Attorney for Healthcare

Kung hindi ako makakagawa ng mga desisyon para sa aking sarili, magagawa ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na:

If I am unable to make decisions for myself, my healthcare agent will be able to:

- **Magdesisyon kung aling mga medikal na paggamot at pamamaraan ang matatanggap at hindi ko matatanggap, kasama ang artipisyal na suporta sa buhay.**

Decide which medical treatments and procedures I do or do not receive, including artificial life support.

- **Piliin kung aling mga provider at pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan ang nakikibahagi sa aking pangangalaga.**

Choose which healthcare providers and facilities are involved in my care.

- **Tingnan ang aking mga medikal na rekord at tumanggap ng impormasyon tungkol sa aking mga kasalukuyang medikal na kalagayan.**

See my medical records and receive information about my current medical status.

- **Makipagtulungan sa mga kompanya ng insurance sa kalusugan o iba pang programa sa pangangalagang pangkalusugan sa aking ngalan.**

Work with health insurance companies or other healthcare programs on my behalf.

- **Pamahalaan ang pagsasaayos sa aking labi pagkatapos ng kamatayan ko.**

Direct the disposition of my remains after my death.

Ang taong ito ang gusto kong maging PANGUNAHING AHENTE SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN. Gagawa siya ng mga desisyon sa aking pangangalagang pangkalusugan kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili:

I want this person to be my PRIMARY HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself:

Pangalan
Name

Numero ng Telepono
Phone Number

Address
Address

Lungsod
City

Estado
State

ZIP
ZIP

Kaugnayan
Relationship

Email Address
Email Address

Ang taong ito ang gusto kong maging UNANG KAHALILING AHENTE SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN.

Gagawa siya ng mga desisyon sa aking pangangalagang pangkalusugan kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili at kung wala ang aking pangunahing ahente sa pangangalagang pangkalusugan:

I want this person to be my FIRST ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my primary healthcare agent is unavailable:

Pangalan
Name

Numero ng Telepono
Phone Number

Address
Address

Lungsod
City

Estado
State

ZIP
ZIP

Kaugnayan
Relationship

Email Address
Email Address

BAHAGI 1: Pagpili ng Tagagawa ng Desisyon [ipinagpatuloy]

PART 1: Choosing a Decisionmaker [continued]

Ang taong ito ang gusto kong maging **PANGALAWANG KAHALILING AHENTE SA PANGANGALAGANG ANGKALUSUGAN**. Gagawa siya ng mga desisyon sa aking pangangalagang pangkalusugan kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili at kung wala ang aking iba pang ahente sa pangangalagang pangkalusugan:

I want this person to be my SECOND ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my other healthcare agents are unavailable:

Pangalan Name	Numero ng Telepono Phone Number		
Address Address	Lungsod City	Estado State	ZIP ZIP
Kaugnayan Relationship	Email Address Email Address		

Opsijonal

Optional

Kung gusto mong makagawa na ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan ng mga desisyon para sa iyo **ngayon mismo**, pagkatapos mong kumpletuhin ang form na ito, lagyan ng tsek ang kahon sa ibaba. Kung hindi, makakagawa lamang siya ng mga desisyon para sa iyo kung hindi mo mismo magagawa ang mga ito.

If you want your healthcare agent to be able to make decisions for you right now, after you complete this form, check the box below. Otherwise, they will only be able to make decisions for you if you are not able to make them yourself.

☐ **Gusto kong makagawa na ang aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan ng mga desisyon para sa akin ngayon mismo.** Gayunman, nauunawaan kong maaari kong sabihin sa aking provider ng pangangalagang pangkalusugan anumang oras na hindi ko na gustong gumawa ang aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan ng mga desisyon para sa akin.

I want my healthcare agent to be able to make decisions for me right now. However, I understand that I can tell my healthcare provider at any time that I no longer want my healthcare agent to make decisions for me.

Opsijonal

Optional

Maaari mo ring piliin kung gaano kalaking fleksibilidad ang ibibigay sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan sa pagsasagawa ng iyong mga medikal na kahilingan. (Lagyan ng tsek ang isa):

You also can choose how much flexibility to give your healthcare agent in carrying out your medical wishes. (Check one):

☐ **Dapat sundin ng ahente sa pangangalagang pangkalusugan ang aking mga tagubilin kung paano ko eksaktong isinulat ang mga ito sa paunang direktibang ito, kahit na hindi sila komportable sa mga ito.**

My healthcare agent should follow my instructions exactly as I have written them in this advance directive, even if it makes them uncomfortable.

☐ **Maaaring baguhin ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan ang aking mga medikal na desisyon kung iniisip niyang iyon ang pinakamakakabuti para sa akin. Kung mayroon akong mga partikular na desisyong hindi ko gustong baguhin kailanman, naisulat ko ang mga ito sa ibaba.**

My healthcare agent can change my medical decisions if they think it would be best for me. If I have certain decisions I never want changed, I have written them below.

BAHAGI 2: Aking Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan

PART 2: My Healthcare Preferences

Huling-Habilin/Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan

Living Will/Healthcare Directive

Artipisyal na Suporta sa Buhay

Artificial Life Support

Kung malubha ang iyong sakit, maaaring mag-alok ang iyong mga doktor ng artipisyal na suporta sa buhay. Kasama rito ang mga paggamot tulad ng ventilator (aparato para sa paghinga), artipisyal na nutrisyon (tubo para sa pagkain), at iba pang gamot o aparato na mapapanatili kang buhay nang lampas sa punto kung kailan ka inaasahang likas na mamamatay. Nagbibigay ang artipisyal na suporta sa buhay ng oras para gumana ang ibang paggamot ngunit hindi ito mag-isang nakakatulong na mas bumuti ang iyong lagay.

If you are seriously ill, your doctors may offer artificial life support. This includes treatments like a ventilator (breathing machine), artificial nutrition (feeding tube), and other medications or machines that keep you alive past the point when you would have died naturally. Artificial life support gives other treatments time to work but does not help you get better by itself.

Kung malubha ang aking sakit na kailangan ko ng artipisyal na suporta sa buhay para mapanatili akong buhay (Lagyan ng tsek ang **ISA):**

If I am so sick that I need artificial life support to keep me alive (Check ONE):

- ☐ **Gusto kong tumanggap ng artipisyal na suporta sa buhay hangga't posible, kahit na maliit o walang pagkakataong gumaling para magkaroon ako ng makabuluhang buhay para sa akin.**

I want to receive artificial life support for as long as possible, even if there is little or no chance of recovering to live a life that is meaningful for me.

- ☐ **Gusto kong tumanggap ng artipisyal na suporta sa buhay kung may magandang pagkakataong gumaling para magkaroon ako ng makabuluhang buhay para sa akin. Ngunit, kung iniisip ng aking mga doktor na hindi ako gagaling, gusto kong itigil ang suporta sa buhay, magtuon sa pagiging komportable, at hayaang likas na mamatay.**

I want to receive artificial life support if there is a good chance of recovering to live a life that is meaningful for me. But, if my doctors do not think I will recover, I want to stop life support, focus on being comfortable, and be allowed to die a natural death.

- ☐ **Hindi ko gusto ng artipisyal na suporta sa buhay kailanman. Kung malubha ang aking sakit na kailangan ko ng suporta sa buhay para mapanatili akong buhay, gusto kong magtuon sa pagiging komportable at hayaang likas na mamatay.**

I never want artificial life support. If I become so sick that I need life support to keep me alive, I want to focus on being comfortable and be allowed to die a natural death.

- ☐ **Gusto kong hayaang magdesisyon ang aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan at aking team sa paggamot.**

I want to leave it up to my healthcare agent and my treatment team.

Narito ang iba pang partikular na tagubilin tungkol sa aking pangangalagang pangkalusugan (halimbawa, kung may mga partikular na paggamot na hindi ko gugustuhin kailanman, o ilang sitwasyon kung saan hindi ko gugustuhin ang artipisyal na suporta sa buhay kailanman):

These are other specific instructions regarding my healthcare (for example, if there are specific treatments I would never want, or certain situations when I would never want artificial life support):

BAHAGI 2: Aking Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan [ipinagpatuloy]

PART 2: My Healthcare Preferences [continued]

Kalidad ng Buhay

Quality of Life

Mahalaga para sa iyong (mga) ahente sa pangangalagang pangkalusugan at iyong team sa pangangalagang pangkalusugan na malaman kung paano magiging makabuluhan ang buhay para sa iyo. Gamit ang impormasyong ito, maaari nilang matiyak na natutugunan ng iyong plano ng paggamot ang iyong mga layunin.

It is important for your healthcare agent(s) and your healthcare team to know what makes life meaningful for you. With this information, they can make sure your treatment plan meets your goals.

Para sa akin, makabuluhan lamang ang aking buhay kung kaya kong (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

For me, my life is only meaningful if I can (Check all that apply):

- ☐ **Mabuhay nang hindi permanenteng nakakabit sa isang aparato**
Live without being permanently hooked up to a machine
 - ☐ **Makilala ang pamilya at mga kaibigan**
Recognize family and friends
 - ☐ **Makipag-ugnayan sa pamilya at mga kaibigan**
Communicate with family and friends
 - ☐ **Mabuhay nang walang malubhang kirot o kakulangan sa ginhawa**
Live without severe pain or discomfort
 - ☐ **Bumangon mula sa kama**
Get out of bed
 - ☐ **Makagalaw nang mabuti para makaalis ng bahay (maglakad, gumamit ng wheelchair, atbp.)**
Move well enough to leave my home (walk, use a wheelchair, etc.)
 - ☐ **Kumain ng paborito kong pagkain**
Eat my favorite food
 - ☐ **Maligo at alagaan ang aking sarili**
Bathe and take care of myself
 - ☐ **Makapag-isip nang malinaw para malaman ko kung ano ang nangyayari sa paligid ko**
Think clearly enough to know what is going on around me
 - ☐ **Mabuhay sa sarili kong tahanan**
Live in my own home
 - ☐ **Gawin ang paborito kong libangan:** _____
Do my favorite hobby:
- ☐ (OR)
- ☐ **Wala sa itaas. Para sa akin, laging makabuluhan ang mabuhay gaano man kalubha ang sakit ko.**
None of the above. My life is always worth living no matter how sick I am.
- ☐ (OR)
- ☐ **Hindi ako sigurado.**
I am not sure.

Napakahalaga rin ng mga bagay na ito para sa akin para magkaroon ng makabuluhang buhay:

These things also are very important for me in living a meaningful life:

BAHAGI 3: Pirmahan at Kumpletuhin

PART 3: Sign and Complete

Basahing mabuti ang buong seksiyong ito bago pumirma.

Read this entire section carefully before signing.

Sa California, may **dalawang paraan** para gawing legal ang form na ito. Kailangan mo lamang pumili ng **ISA** sa mga opsiyon sa ibaba.

In California, there are two ways to make this form legal. You only need to choose ONE of the options below.



OPSIYON 1

OPTION 1

Pumirma* sa harap ng **dalawang saksi**, at pagkatapos ay papirmahin ang iyong mga saksi sa form. Kapag pinirmahan ng iyong mga saksi ang form, sumusumpa silang ikaw talaga ang pumipirma sa paunang direktibang ito at walang pumipilit sa iyo na pumirma.

Sign* in front of two witnesses, and then have your witnesses sign the form. When your witnesses sign the form, they are promising that it is really you that is signing this advance directive and that nobody is forcing you to sign.

Ang iyong mga saksi ay dapat hindi bababa sa 18 taong gulang.

Your witnesses must be at least 18 years old.

Ang iyong mga saksi ay hindi dapat:

Your witnesses must not be:

✱ **Ahente sa pangangalagang pangkalusugan o kahaliling ahenteng itinalaga sa form na ito**

A healthcare agent or alternate agent designated in this form

✱ **Ang iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan**

Your healthcare provider

✱ **Sinumang nagmamay-ari, nagpapatakbo, o nagtatrabaho sa isang lisensiyadong pasilidad kung saan ka nakatira o tumatanggap ng pangangalagang pangkalusugan**

Anyone who owns, operates, or works at a licensed facility where you live or receive healthcare

Isa lang sa iyong mga saksi ang maaaring kamag-anak mo o kasama sa iyong habilin.

Only one of your witnesses may be related to you or be included in your will.

Kung gumagamit ka ng notaryo, lagdaan ang form at pagkatapos ay ipakumpleto sa notaryo ang pagkilala.

If you are using witnesses, sign the form and have your witnesses sign.



OPSIYON 2

OPTION 2

Mag-sign* sa harap ng isang notaryo publiko. Upang ma-notaryo ang form na ito, kakailanganin mo ng kasalukuyang pagkakakilanlan ng larawan na bigay ng gobyerno (tulad ng lisensya sa pagmamaneho o pasaporte). Kung gumagamit ka ng notaryo, lagdaan ang form at ipakumpleto sa notaryo ang pagkilala.

Sign* in front of a notary public. To have this form notarized, you will need current, government-issued photo identification (like a driver's license or passport). If you are using a notary, sign the form and have the notary complete the acknowledgment.

* Kung hindi ka pisikal na makakapirma, maaari mong hilingin sa isa pang nasa hustong gulang na pumirma sa iyong ngalan habang naroon ka.
If you are unable to physically sign, you may have another adult sign in your presence and on your behalf.

BAHAGI 3: Pirmahan at Kumpletuhin [ipinagpatuloy]

PART 3: Sign and Complete [continued]

MAGHINTAY hanggang kasama mo na ang iyong dalawang saksi o notaryo, at pagkatapos ay pumirma sa ibaba.

WAIT until you are with your two witnesses or a notary, then sign below.

IYONG PIRMA

YOUR SIGNATURE

Pirma
Signature

Petsa
Date

Pangalan (Malaking Letra)
Name (Printed)

Numero ng Telepono
Phone Number

Address
Address

Lungsod
City

Estado
State

ZIP
ZIP



OPSIYON 1 – Mga Saksi

OPTION 1 – Witnesses

Kung isa kang saksi sa dokumentong ito, basahin ang sumusunod na pahayag. Kung sumasang-ayon ka sa pahayag na ito, pumirma sa ibaba. PAHAYAG NG MGA SAKSI: Ipinapahayag ko, sa ilalim ng kaparusahan para sa pagsisinungaling sa hukuman sa ilalim ng mga batas ng California, na

If you are witnessing this document, read the following statement. If you agree with the statement, sign below. STATEMENT OF WITNESSES:
I declare under penalty of perjury under the laws of California that

(1) Personal kong kilala ang indibidwal na pumirma/kumilala sa paunang direktibang ito o napatunayan sa akin ang kaniyang pagkakakilanlan sa pamamagitan ng kapani-paniwalang ebidensiya.

The individual who signed/acknowledged this advance directive is personally known to me or that their identity was proven to me by convincing evidence;

(2) Pinirmahan o kinilala ng indibidwal ang paunang direktibang ito sa aking presensiya;

The individual signed or acknowledged this advance directive in my presence;

(3) Nakikitang nasa tamang pag-iisip ang indibidwal at hindi sumailalim sa pamimilit, pandaraya, o hindi angkop na impluwensiya;

The individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;

(4) Hindi ako isang taong itinalaga bilang ahente ng paunang direktibang ito; at

I am not a person appointed as agent by this advance directive; and

(5) Hindi ako ang provider ng pangangalagang pangkalusugan ng indibidwal, empleyado ng provider ng pangangalagang pangkalusugan ng indibidwal, tagapagpatakbo ng isang pasilidad sa pangangalaga sa komunidad, empleyado ng tagapagpatakbo ng pasilidad sa pangangalaga sa komunidad, tagapagpatakbo ng pasilidad sa pangangalaga sa tahanan para sa nakatatanda, o empleyado ng tagapagpatakbo ng pasilidad sa pangangalaga sa tahanan para sa nakatatanda.

I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

BAHAGI 3: Pirmahan at Kumpletuhin [ipinagpatuloy]

PART 3: Sign and Complete [continued]

Unang Saksi:

First Witness:

Pirma
Signature

Petsa
Date

Pangalan (Malaking Letra)
Name (Printed)

Numero ng Telepono
Phone Number

Address
Address

Lungsod
City

Estado
State

ZIP
ZIP

Pangalawang Saksi:

Second Witness:

Pirma
Signature

Petsa
Date

Pangalan (Malaking Letra)
Name (Printed)

Numero ng Telepono
Phone Number

Address
Address

Lungsod
City

Estado
State

ZIP
ZIP

Ang isa sa dalawang saksi ay dapat ding basahing mabuti ang sumusunod na pahayag at pumirma sa ibaba:

One of the two witnesses also must read the following statement carefully and sign below:

KARAGDAGANG PAHAYAG NG ISANG SAKSI:

ADDITIONAL STATEMENT OF ONE WITNESS:

Higit kong ipinapahayag, sa ilalim ng kaparusahan para sa pagsisinungaling sa hukuman sa ilalim ng mga batas ng California, na wala akong kaugnayan sa indibidwal na nagpapatupad sa paunang direktibang ito ayon sa dugo, pagpapakasal, o pag-ampon, at sa abot ng aking kaalaman ay wala akong karapatan sa anumang bahagi ng ari-arian ng indibidwal sa oras ng kaniyang kamatayan sa ilalim ng kasalukuyang umiiral na huling-habilin o sa pamamagitan ng mga karapatang itinatakda ng batas.

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance 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 his or her death under a will now existing or by operation of law.

Pirma
Signature

BAHAGI 3: Pirmahan at Kumpletuhin [ipinagpatuloy]

PART 3: Sign and Complete [continued]



OPTION 2 - Notarization

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.

STATE OF CALIFORNIA

County of _____

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 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.

Notary Public Seal

Notary Public Signature



OPSIYON 2 - Pagpapanotaryo

OPTION 2 - Notarization

Ang notaryo publiko o iba pang opisyal na kumukumpleto sa sertipikong ito ay pinapatunayan lamang ang pagkakakilanlan ng indibidwal na pumirma sa dokumento kung saan nakalakip ang sertipikong ito, at hindi ang katotohanan, katumpakan, o pagkabisa ng dokumentong iyon.

Estado ng California

County ng _____

Noong _____ habang nasa harap ko si _____, ay personal na nagpakita sa/sina _____, na pinatunayan sa akin batay sa kasiya-siyang ebidensiya na siya/sila ang (mga) taong nakasulat ang (mga) pangalan sa nakapaloob na kasulatan at kinilala sa akin na siya/sila ang nagpatupad sa parehong kasulatan sa kaniya/kanilang (mga) awtorisadong kakayahan, at na sa pamamagitan ng kaniya/kanilang (mga) pirma sa kasulatan ay ipinapatupad ng (mga) tao, o ng entidad kung para kanino kumilos ang (mga) tao, ang kasulatan.

Pinapatunayan ko, sa ilalim ng KAPARUSAHAN PARA SA PAGSISINUNGALING SA HUKUMAN sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California, na totoo at tama ang sinusundang talata.

SAKSI ang aking pirma at opisyal na selyo.

Pirma ng Notaryo Publiko

Selyo ng Notaryo Publiko

BAHAGI 3: Pirmahan at Kumpletuhin [ipinagpatuloy]

PART 3: Sign and Complete [continued]

Karagdang Kinakailangan para Lamang sa Mga Residente ng Mga Pasilidad sa Skilled Nursing

Additional Requirement Only for Residents of Skilled Nursing Facilities

Ang sumusunod na pahayag ay kinakailangan lamang kung isa kang pasyente sa isang pasilidad sa skilled nursing—isang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na nagbibigay ng mga sumusunod na pangunahing serbisyo: pangangalaga sa skilled nursing at pansuportang pangangalaga sa mga pasyenteng ang pangunahing pangangailangan ay ang pagkakaroon ng pangangalga sa skilled nursing sa mas mahabang panahon. Kung kinukumpleto mo ang form na ito sa ibang lokasyon, tulad ng ospital, tanggapan ng doktor, o iyong tahanan, hindi kinakailangan ang seksiyong ito. Dapat pirmahan ng tagapagtaguyod (advocate) o ombudsman ng pasyente ang sumusunod na pahayag:

The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility—a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. If you are completing this form in another location, like a hospital, doctor's office, or your home, this section is not required. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

PAHAYAG NG TAGAPAGTAGUYOD O OMBUDSMAN NG PASYENTE: Ipinapahayag ko, sa ilalim ng kaparusahan para sa pagsisinungaling sa hukuman sa ilalim ng mga batas ng California, na ako ay isang tagapagtaguyod o ombudsman ng pasyente ayon sa itinalaga ng Department of Aging (Departamento ng Pagtanda) ng Estado at na nagsisilbi akong saksi ayon sa inaatas ng Seksiyon 4675 ng Probate Code (Kodigo sa Pagpapatunay ng Huling-Habilin).

STATEMENT OF 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
Signature

Petsa
Date

Pangalan (Malaking Letra)
Name (Printed)

Numero ng Telepono
Phone Number

Mga Susunod na Hakbang

Next Steps

Pagbati!

Congratulations!

Nakumpleto mo na ang iyong paunang direktiba. Narito ang susunod na dapat gawin:

You have completed your advance directive. Here's what to do next:

- **Iluwi ang dokumentong ito at itabi ito saanmang lugar na ligtas kung saan maaari itong madaling makuha ng iyong mga minamahal sa buhay kung kinakailangan ito.**
Take this document home and keep it somewhere safe where your loved ones can easily access it if needed.
- **Gumawa ng mga kopya at ibigay ang mga ito sa iyong mga ahente sa pangangalagang pangkalusugan, iyong doktor, at anumang ospital o pasilidad kung saan ka tumatanggap ng paggamot. Pareho ang bisa ng mga kopya ng dokumentong ito sa orihinal.**
Make copies and give them to your healthcare agents, your doctor, and any hospital or facility where you receive treatment. Copies of this document are just as valid as the original.
- **Makipag-usap sa iyong pamilya, mga ahente sa pangangalagang pangkalusugan, iyong mga doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa paunang direktiba. Tiyaking nauunawaan nila kung ano ang mahalaga para sa iyong pangangalagang pangkalusugan.**
Talk with your family, healthcare agents, your doctors and other healthcare providers about your advance directive. Make sure they understand what's important for your healthcare.
- **Kung mayroon kang MyChart account, maaari mong i-upload ang paunang direktibang ito. Para sa higit pang impormasyon, pumunta sa www.memorialcare.org/acp at pagkatapos ay sa pagsasalin (translation), at mangyaring tingnan ang word file.**
If you have a myChart account, you can upload this advance directive. For more information go to www.memorialcare.org/acp.
- **Kung gusto mong magbigay ng higit pang impormasyon, kumpletuhin ang Bahagi 4 – Aking Mga Pinapahalagahan.**
If you want to provide more information, complete Part 4 – My Values.

Narito kung paano i-update o baguhin ang iyong paunang direktiba:

Here's how to update or change your advance directive:

- **Kung magbago ang isip mo tungkol sa anumang nasulat mo sa paunang direktibang ito habang nasa ospital ka, tiyaking sabihin sa iyong doktor at ipatala sa kaniya ang anumang pagbabago sa iyong medikal na rekord.**
If you change your mind about anything you have written in this advance directive while you are in the hospital, make sure to tell your doctor and have them document any changes in your medical record.
- **Kapag napirmahan mo na ang dokumentong ito kasama ang dalawang saksi o notaryo, may bisa ang paunang direktibang ito hanggang sa ipawalang-bisa mo ito. Kung gusto mong ipawalang-bisa ang paunang direktibang ito, maaari mong isulat ang "REVOKED" (IPINAWALANG-BISA) sa malalaking letra sa harap ng dokumento at pirmahan ito, o ipaalam ito sa iyong doktor. Kung bubuo ka ng bagong paunang direktiba, awtomatiko nitong maipapawalang-bisa ang anumang nakaraang paunang direktiba.**
Once you have signed this document with two witnesses or a notary, this advance directive is valid until you revoke it. If you want to revoke this advance directive, you can either write "REVOKED" in large letters across the front of the document and sign it or tell your primary doctor. If you complete a new advance directive, it will automatically revoke any previous advance directives.
- **Tiyaking ibigay ang mga naka-update na dokumento sa iyong pamilya, mga ahente sa pangangalagang pangkalusugan, iyong doktor, at kung saan pa man nakatabi ang iyong nakaraang paunang direktiba.**
Make sure to provide the updated documents to your family, healthcare agents, your doctor, and anywhere else your previous advance directive was stored.
- **Habang lumilipas ang panahon, nagbabago ang mga bagay. Hindi nawawalan ng bisa ang paunang direktibang ito, ngunit magandang suriin ito at tingnan kung kailangan itong i-update:**
As time goes on, things change. This advance directive does not expire, but it is a good idea to review it and see if it needs updating:
 - **Kada 10 taon**
Every 10 years
 - **Kung nagpasakal o nagdiborsiyo ka**
If you get married or divorced
 - **Kung na-diagnose na mayroon kang bagong kondisyon sa kalusugan**
If you are diagnosed with a new health condition
 - **Kung humina ang iyong kalusugan**
If your health declines
 - **Pagkatapos mamatay ng isang minamahal sa buhay**
After the death of a loved one

BAHAGI 4 (Opsiyonal) Aking Mga Pinapahalagahan

PART 4 (Optional): My Values

Ang mabuting pangangalagang pangkalusugan ay higit pa sa medikal na paggamot. Sa opsiyonal na karagdagang ito sa iyong paunang direktiba, sabihin sa iyong mga minamahal sa buhay at iyong team sa pangangalaga kung ano ang mahalaga sa iyo kung magkakaroon ka ng malubhang sakit. Ilagay sa seksiyong ito kung gaano karaming impormasyon ang gusto mo. Kung pinili mong kumpletuhin ang seksiyong ito, panatilihin itong nakalakip sa ibang bahagi ng iyong paunang direktiba.

Good healthcare is about more than medical treatment. In this optional addition to your advance directive, tell your loved ones and your care team what is most important to you if you become seriously ill. Complete as much or as little of this section as you want. If you choose to complete this section, keep it attached to the rest of your advance directive.

Kapag Mayroon Akong Malubhang Sakit

When I am Seriously Ill

- ☐ **Gusto kong manatiling komportable at malaya sa kirot, kahit na mahirap para kayaning manatiling gising dahil masyado akong aantukin bilang resulta ng gamot ko sa kirot.**

I want to be kept comfortable and free from pain, even if my pain medicine makes me too sleepy to stay awake.

- ☐ **Gusto kong bisitahin ako at makipag-usap sa akin ang aking pamilya at mga minamahal sa buhay.**

I want my family and loved ones to visit me and talk with me.

- ☐ **Ayos lang para sa akin ang mga haplos na nakakagaan ng pakiramdam (paghawak sa kamay, paghaplos sa buhok ko, atbp.).**

Comforting touches (handholding, stroking my hair, etc.) are welcome.

- ☐ **Gusto kong ipatugtog ang aking paboritong musika. Kasama sa aking paboritong musika ang:**

I want my favorite music to be played. My favorite music includes:

-
- ☐ **Kung magagawa ko, gusto kong makibahagi sa paggawa ng mga desisyon sa aking sariling paggamot. Gusto kong kausapin ako ng aking team sa paggamot at sabihin nila sa akin kung ano ang kanilang ginagawa, kahit na mukhang hindi ko namamalayan ang mga ito.**

If I am able, I want to be involved in making my own treatment decisions. I want my treatment team to talk to me and tell me what they are doing, even if I don't seem aware.

Kung posible, gusto ko ang mga sumusunod na bagay sa aking kuwarto:

If possible, I would like the following things in my room:

Kung mahalaga ang espirituwalidad at/o relihiyon sa akin, narito ang dapat malaman ng aking team sa pangangalaga:

If spirituality and/or religion is important to me, here is what my care team should know:

Kung may malubha akong sakit, gusto kong tiyaking HINDI MANGYAYARI ang mga sumusunod na bagay:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO NOT happen:

Kung may malubha akong sakit, gusto kong tiyaking MANGYAYARI ang mga sumusunod na bagay:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO happen:

BAHAGI 4 (Opsiyonal) Aking Mga Pinapahalagahan [ipinagpatuloy]

PART 4 (Optional): My Values [continued]

Sa Pagtatapos ng Buhay

At the End of Life

Kung posible, gusto kong palipasin ang aking mga huling araw:

If possible, I would like to spend my final days:

☐ **Sa tahanan**

At home

☐ **Sa ospital**

In the hospital

☐ **Sa nursing home o iba pang pasilidad**

At a nursing home or other facility

☐ **Iba pa:** _____

Other:

☐ **Walang kagustuhan**

No preference

Kung posible, gusto ko na ang aking labi ay:

If possible, I would like my remains to be:

☐ **Ilibing**

Buried

☐ **I-cremate**

Cremated

☐ **Iba pa:** _____

Other:

Ang mga ito ang aking mga partikular na kahilingan para sa aking libing o serbisyo sa paggunita (memorial service):

These are my specific wishes for my funeral or memorial service:

Gusto kong malaman ng aking pamilya at mga minamahal sa buhay na:

I want my family and loved ones to know: