

## Hakbang 1: Piliin ang iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan.

Pangalanan ang isang taong iyong pinagkakatiwalaan upang gumawa ng mga pagpapasya para sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo kung ikaw ay hindi maaaring gumawa ng sarili mong mga desisyon. Isipin ang mga tao sa iyong buhay – ang iyong pamilya at mga kaibigan. Piliin ang isang taong iyong magiging kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan. Tanungin ang taong ito kung siya ay pumapayag na gawin ito para sa iyo.

### Piliin ang miyembro ng pamilya o kaibigang:

- 18 taong gulang o mas matanda pa na lubos na nakakikilala sa iyo
- Pumapayag na gawin ito para sa iyo
- Makakagawa ng mga mahihirap na desisyon batay sa iyong mga kagustuhan
- Mahusay na maipaparating ang impormasyong iyong ibibigay sa packet na ito sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan at mga miyembro ng pamilya.

### Ang iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay maaaring:

- Magdesisyon kung saan ka tatanggap ng pangangalagang pangkalusugan
- Pipili o hindi gagamitin ang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan
- Sumagot ng oo/hindi sa mga gamot, pagsusuri at paggagamot
- Magsabi kung ano ang mangyayari sa iyong katawan at mga bahagi ng katawan kapag ikaw ay pumanaw na
- Gumawa ng legal na aksyong kailangan upang maisakatuparan ang iyong mga kagustuhan

Ang iyong kinatawan ay **hindi maaaring** maging iyong doktor o isa pang taong nagtatrabaho sa ospital o klinika kung saan ikaw ay tumatanggap ng pangangalaga maliban kung siya ay miyembro ng iyong pamilya.

## Pangalanan ang iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan.

### 1) Nais kong ang taong itong gumawa ng aking mga medikal na desisyon kung hindi ko na ito magagawa:

Unang Pangalan	Apelyido	Kaugnayan		
Telepono sa tirahan/Cell	Telepono sa trabaho	Email		
Kalye ng Tirahan	Lungsod	Estado	ZIP code	

### Kung ang unang tao ay hindi makakagawa ng aking mga medikal na desisyon, nais ko itong gawin ng isa pang tao ito kung gayon:

Unang Pangalan	Apelyido	Kaugnayan		
Telepono sa tirahan/Cell	Telepono sa trabaho	Email		
Kalye ng Tirahan	Lungsod	Estado	ZIP code	

### 2) Lagyan ng X ang katabi ng pangungusap na sinasang-ayunan mo:

\_\_\_ Ang aking kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay gagawa ng mga desisyonn para sa akin pagkatapos **lamang** na ako ay hindi na makakagawa ng sarili kong mga desisyon.

**O**

\_\_\_ Ang aking kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay maaaring gumawa ng desisyon para sa akin **ngayon mismopagkatapos** kong pirmahan ang form na ito.

Ang advance directive na ito ay pag-aari ni: (Mangyaring ilimbag ang iyong pangalan sa linyang ito)	Petsa ng Kapanganakan
Ang advance directive na ito at ang pagtatalaga ng kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay bilang pagsunod sa mga naaangkop na mga seksyon sa Montana Rights of the Terminally Ill Act (Batas ng Montana sa mga Karapatan ng mga may Hindi Malulunasang at Malapit nang Pumanaw) (Kodigo ng Montana Titulo 50, Kabanata 9) at Kodigo ng Montana Mga Seksyon 53-21-1301 hanggang 53-21-1335	

## Hakbang 2: Gumawa ng iyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan.

Ano ang dahilan para mabuhay?

### 1) Ang aking buhay ay (piliin ang A o B):

A) Laging may dahilan para mabuhay anuman ang aking sakit

B) May dahilan lamang para mabuhay kung (lagyan ng tsek ang mga totoo para sa iyo):

Nakakausap ko ang aking pamilya at mga kaibigan

Maaari akong magising mula sa koma

Kaya kong pakainin, paliguan o alagaan ang aking sarili

Kaya kong maging malaya mula sa nararamdamang sakit

Kaya kong mabuhay nang hindi nakakonekta sa mga makita

Hindi ako sigurado

### 2) Kung ako ay mamamatay na, mahalaga sa akin ang maging (pumili ng isa):

Nasa bahay

Nasa ospital o iba pang care center

Hindi mahalaga sa aking kung saan ako inaalagaan

## Relihiyon o mga ispiritwal na paniniwala

### 1) Mahalaga ba ang relihiyon at ispiritwalidad sa iyo?

Oo  Hindi

### 2) Ikaw ba ay may relihiyon o tradisyon sa pananampalataya? Kung mayroon, ano ito?

---

### 3) Ano ang dapat malaman ng iyong mga doktor tungkol sa iyong panrelihiyon o ispiritwal na paniniwala?

---

---

---

Ang advance directive na ito ay pag-aari ni: (Mangyaring ilimbag ang iyong pangalan sa linyang ito) Petsa ng Kapanganakan

## Hakbang 2: Gumawa ng iyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan, ipinagpapatuloy.

### Ang life support

Ang mga pamamaraan sa life support ay maaaring gamitin upang subukang mapanatili kang nabubuhay. Kabilang sa mga ito ang:

**CPR o cardiopulmonary resuscitation** — Maaaring maging kabilang dito ang:

- Pagdiin sa iyong dibdib upang patuloy na pag-pump sa iyong dugo
- Mga elektrikal na shock upang buhayin ang iyong puso
- Mga gamot sa iyong mga ugat



**Makina sa paghinga o ventilator** — Ang makinang ito ay nagbobomba ng hangin sa iyong baga at humihinga para sa iyo sa pamamagitan ng tubong ipinapasok sa iyong lalamunan. Ikaw ay hindi makakapagsalita o makakakain kapag ikaw ay nakakabit sa makina.



**Dialysis** — Ang makinang ito ay lumilinis sa iyong dugo kung huminto sa pagganap ang iyong mga bato.

**Feeding tube** — Ang tubong ito ang nagbibigay ng pagkain sa iyong katawan kung ikaw ay hindi makalunok. Ang tubo ang ipinapasok sa iyong lalamunan patungo sa iyong tiyan. Maaari rin itong ilagay sa pamamagitan ng operasyon.



**Pagsasalin ng dugo** — Ito ang maglalagay ng dugo sa iyong mga ugat.

**Pag-opera at/o mga gamot**

**Lagyan ng X ang katabi ng isang pangungusap na iyong pinakasinasang-ayunan.**

Kung ako ay may malubhang sakit at malapit nang mamatay:

\_\_\_ Ang lahat ng life support na paggamot na sa palagay ng aking mga doktor ay makakatulong. Kung hindi nagtatagumpay ang mga paggamot at may maliit na pag-asa ng paggaling, **nais kong manatili sa mga life support na makina** kahit na Ako ay nagdurusa.

\_\_\_ Subukan ang lahat ng life support na paggamot na sa palagay ng aking mga doktor ay makakatulong. Kung hindi nagtatagumpay ang mga paggamot at may maliit na pag-asa ng paggaling, **HINDI ko nais na manatili sa mga life support na makina.** Kung ako ay nagdurusa, nais kong mahinto ang mga life support na paggamot nang sa gayon ako ay mapahintulutang pumanaw nang dahan-dahan.

\_\_\_ **HINDI ko ninanais ang mga life support na paggamot.** Nais kong ituon ang aking pansin sa kaghinaan. Mas ninanais ko ang natural na kamatayan.

\_\_\_ Nais kong magdesisyon ang aking **kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan.**

\_\_\_ Hindi ako sigurado kung ano ang nais kong maisagawa.

Ang advance directive na ito ay pag-aari ni: (Mangyaring ilimbag ang iyong pangalan sa linyang ito)

Petsa ng Kapanganakan

## Hakbang 2: Gumawa ng iyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan, ipinagpapatuloy.

### Donasyon ng mga bahagi ng iyong katawan.

Maaaring tanungin ng iyong mga doktor ang tungkol sa donasyon ng bahagi ng katawan at sa autopsya pagkatapos ng iyong kamatayan. Ang donasyon ng mga bahagi ng iyong katawan ay makakatulong sa pagligtas ng mga buhay. Lagyan ng X ang katabi ng **isang** pagpipiliang iyong pinakasinasang-ayunan.

**Nais** kong ibigay ang mga bahagi ng aking katawan:

Anumang bahagi ng katawan, ang lahat ng maaaring magamit.

Ilang mga bahagi ng katawan lamang (mangyaring tukuyin kung aling bahagi ng katawan o mga tisyu ang nais mong ibigay).

**Hindi** ko nais ibigay ang alinman sa mga bahagi ng aking katawan.

Nais kong magdesisyon ang aking kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi ako sigurado kung ano ang nais kong maisagawa.

### Autopsya

Ang isang autopsya ay maaaring isagawa pagkatapos ng kamatayan upang malaman ang dahilan ng pagkamatay ng isang tao. Ito ay isang paraan ng pag-opera. Ito ay maaaring abutin ng ilang araw. Sa ilang mga kaso, ang isang autopsya ay maaaring iatas ng batas. Lagyan ng X ang katabi ng **isang** pagpipiliang iyong pinakasinasang-ayunan.

Ako ay **nagnanais** ng isang autopsya.

Ako ay **hindi** nagnanais ng isang autopsya.

Ako ay nagnanais ng isang autopsya **kung may mga tanong lamang** tungkol sa (mga) dahilan ng aking pagkamatay.

Nais kong magdesisyon ang aking **kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan**.

Hindi ako sigurado kung ano ang nais kong maisagawa.

Ang advance directive na ito ay pag-aari ni: (Mangyaring ilimbag ang iyong pangalan sa linyang ito)

Petsa ng Kapanganakan

## Hakbang 2: Gumawa ng iyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan, ipinagpapatuloy.

### Iba pang mga bagay na isasaalang-alang

Anong iba pang mga kagustuhan ang mahalaga sa iyo pagkatapos ng iyong pagpanaw? Halimbawa, mayroon bang anumang mga pangkultura, panrelihiyon, o ispiritwal na bagay tungkol sa kung paano tatratuhin ang iyong katawan na dapat malaman ng iyong pangkat sa pangangalagang pangkalusugan?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Mayroon ka bang dapat kontakin para sa kagustuhan mo tungkol sa punerarya o paglilibing? Kung oo, sino?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hakbang 3: Isaad ang awtoridad ng iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan.

Ang iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay maaaring tumulong sa paggawa ng mga sumusunod sa desisyon tungkol sa:

### Mga life support na paggagamot - medikal na pangangalaga upang tulungan kang mamuhay nang mas matagal:

- CPR o cardiopulmonary resuscitation
- Makina sa paghinga o ventilator
- Dialysis
- Feeding Tube
- Pagsasalin ng dugo
- Pag-opera
- Mga gamot

### End-of-life na pangangalaga

Kung ikaw ay maaaring malapit nang mamatay, ang iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay maaaring:

- Tumawag ng ispiritwal na lider
- Magdesisyon kung ikaw ay mamamatay sa tahanan o sa ospital
- Magdesisyon kung isasagawa ang autopsya
- Magdesisyon kung maaaring ibigay ang mga bahagi ng iyong katawan
- Magdesisyon kung saan ka dapat ilibing o i-cremate

### Paano mo ninanais na sundin ng iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ang iyong mga medikal na kagustuhan?

Lagyan ng **X** ang katabi ng isang pangungusap iyong pinakasinasang-ayunan:

\_\_\_ **Ganap na pleksibilidad:** OK para sa aking kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ang baguhin ang **alinman** sa aking mga medikal na desisyon kung, pagkatapos na makausap ang aking mga doktor, iniisip niyang ito ang pinakamabuti para sa akin sa panahong iyon.

\_\_\_ **Ilang pleksibilidad:** OK para sa aking kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ang baguhin ang **ilan** sa aking mga medikal na desisyon kung, pagkatapos na makausap ang aking mga doktor, iniisip niyang ito ang pinakamabuti para sa akin sa panahong iyon.

\_\_\_ **Kaunting pleksibilidad:** Hangga't maaari ay nais kong sundin ng aking kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ang aking mga medikal na kagustuhan. Mangyaring igtalang ang aking mga desisyon kahit na iba ang inirerekomenda ng mga doktor.

### Gamitin ang mga karagdagang pahina, kung kinakailangan upang sagutin ang mga tanong sa ibaba.

Narito ang ilan sa aking mga kahilingang nais ko talagang igtalang:

---

---

---

Isulat ang anumang mga desisyong **hindi** mo ninanais na gawin ng iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan:

---

---

## Hakbang 4: Pirmahan ang form—iyong pirma.

### Bago magamit ang form na ito, ikaw ay dapat na:

- Pumirma sa form na ito kung hindi ay hindi bababa sa edad na 18 taon
- Magkaroon ng dalawang saksing pipirma sa form

### Pirmahan ng iyong pangalan at isulat ang petsa.

---

Pirma

Petsa

---

Ilimbag ang pangalan

---

Kalye ng Tirahan

Lungsod

Estado

ZIP code

## Mga Saksi

Bago magamit ang form na ito, ikaw ay dapat na magkaroon ng dalawang saksing pipirma sa form.

Ang iyong mga saksi ay dapat na:

- Maging hindi bababa sa edad na 18 taon
- Nakakikilala sa iyo
- Kinikilala na pinirmahan mo ang form na ito

Ang iyong mga testigo ay hindi maaaring:

- Maging taong iyong pinangalanan bilang iyong kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan

**Inirerekomenda** ng Providence St. Joseph na ang iyong mga saksi ay hindi:

- Maging iyong doktor o iba pang provider sa pangangalagang pangkalusugan
- Nagtatrabaho para sa iyong pagamutan o provider ng pangangalagang pangkalusugan

---

Ang advance directive na ito ay pag-aari ni: (Mangyaring ilimbag ang iyong pangalan sa linyang ito)

Petsa ng Kapanganakan

## Hakbang 4: Pirmahan ang form, ipinagpapatuloy.

### Mga pirma ng mga saksi

#### Ipakumpleto sa iyong mga saksi ang pahinang ito.

Sa pagpirma, pinapangako kong \_\_\_\_\_ kinilala ni na  
pinirmahan niya ang form na ito. Pangalan ng nagmamay-ari ng advance directive

Ako ay naniniwalang siya ay may malinaw na pag-iisip at hindi pinuwersang pirmahan ang form na ito.

#### Pinapangako ko ring:

- Kilala ko ang taong ito at kaya niyang patunayang siya ay
- Ako ay hindi bababa sa edad na 18 taon
- Ako ay hindi niya kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan

#### Inirerekomenda ng Providence St. Joseph Health na mangako rin ang mga saksi na:

- Ako ay hindi niya provider ng pangangalagang pangkalusugan
- Ako ay hindi nagtatrabaho para sa kaniyang provider ng pangangalagang pangkalusugan
- Hindi ako nagtatrabaho sa lugar kung saan siya naninirahan

#### Saksi #1

Pirma	Petsa		
Ilimbag ang pangalan			
Kalye ng Tirahan	Lungsod	Estado	ZIP code

#### Saksi #2

Pirma	Petsa		
Ilimbag ang pangalan			
Kalye ng Tirahan	Lungsod	Estado	ZIP code

Ang advance directive na ito ay pag-aari ni: (Mangyaring ilimbag ang iyong pangalan sa linyang ito)	Petsa ng Kapanganakan
<small>Ang advance directive na ito at ang pagtatalaga ng kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan ay bilang pagsunod sa mga naaangkop na mga seksyon sa Montana Rights of the Terminally Ill Act (Batas ng Montana sa mga Karapatan ng mga may Hindi Malulunasang at Malapit nang Pumanaw) (Kodigo ng Montana Titulo 50, Kabanata 9) at Kodigo ng Montana Mga Seksyon 53-21-1301 hanggang 53-21-1335</small>	



## Hakbang 5: Isumite ang kopya ng iyong kinumpletong advance directive.

Sa oras na iyong mapirmahan ang iyong advance directive at ito ay nasaksihan at/o naipanotaryo, itago ang orihinal at gumawa ng mga kopya para sa pahina 1-8 upang ipadala sa iyong:

- Kinatawan sa pangangalagang pangkalusugan
- Pamilya
- Mga kaibigan
- Mga medikal na provider
- Ospital

---

### Mga opsyon para sa pagsasauli ng iyong kinumpletong advance directive:

1. Ibalik ang **KOPYA** sa iyong mas ninanais na doktor sa Providence St. Joseph o ospital sa iyong susunod na pagbisita.
2. Ibalik ang **KOPYA** sa pamamagitan ng paggamit ng naselyuhang sobrang may nakasulat na adres ng sarili (kung mayroon)
3. Ibalik sa pamamagitan ng fax sa iyong ospital ng Providence St. Joseph Health:

Providence St. Patrick Hospital  
Providence St. Joseph Medical Center (Polson)  
**I-fax sa 406-329-5695**

*Para sa mga ospital na hindi nakalista, mangyaring makipag-ugnay sa iyong ospital para sa tamang numero ng fax.*

---

Kung ikaw ay may mga katanungang may kaugnayan sa pagkumpleto o pagbabalik ng iyong advance directive, mangyaring makipag-ugnay sa:

The Learning Center  
500 W. Broadway, Level 1, Broadway Building  
Missoula, MT 59802  
406-329-5710

Para sa higit pang impormasyon,  
bisitahin kami sa:  
[Providence.org/InstituteForHumanCaring](http://Providence.org/InstituteForHumanCaring)

Ang mga bahagi ng gawaing ito ay lisensyado sa ilalim ng Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. Upang makita ang kopya ng lisensyang ito, bisitahin ang <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o magpadala ng sulat sa Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Nirebisa noong 8/2017

Natatanging pasasalamat kina:

- Rebecca Sudore, M.D., Dibisyon ng Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA