



Gabay sa mga Desisyong Pangkalusugan

FILIPINO - ENGLISH VERSION

Advance Care Planning Forms



Making your wishes known –
*the legal documents you need to assure
your future health care choices are honored.*

Photo courtesy of iStockphoto.com

This document has been translated from the original English version of the Nevada Durable Power of Attorney for Health Care Decisions by the Filipino Outreach Committee of the Nevada Multicultural Coalition for End-of-Life Issues

Emmanuel C. Gorospe, MD *Myra Angeli A. Gallardo-Batungbakal, LLB* *Arnel A. Batungbakal, LLB*

The committee acknowledges the following professionals for reviewing the Filipino translation of this document.

Nadia C. Jurani, JD

The Law and Accounting Offices of Nadia Jurani, ESQ., LLC
Las Vegas, Nevada

Prof. Peter Sy

Harvard School of Public Health - Research Ethics Fellowship Program
Boston, Massachusetts

Kathleen S. Talamayan, MD, MPH

University of Texas Health Science Center
Houston, Texas

Agnes B. Bausa, MD

Supportive, Palliative and Hospice Care Program
University of the Philippines – Philippine General Hospital
Philippines

Christian F. Gomez, MD

Gawad Kalusugan Foundation - Couples for Christ Movement
Philippines

Lester S. A. Geroy, MD

Department of Health
Philippines



For additional information, please contact:

The Nevada Center for Ethics & Health Policy
University of Nevada, Reno/339 – Reno NV. 89557-0133
www.unr.edu/ncehp
www.HealthEthics.org

RENO Tel. (775) 327-2309 Fax (775) 327-2203

LAS VEGAS/Southern Nevada Tel. (702) 257-5594

Revised 2007

Malugod na pagbati sa inyo!

Sa pamamagitan ng dokumentong ito, maisasaayos ninyo ang isang mahalagang desisyon para sa inyong kalusugan at kapakanan. Ito ang tinatawag na, *Advance Directive* o *Living Will*, sa ingles. Ito ay isang dokumentong naglalahad ng inyong mga nais sa oras na hindi na kayo makapagbahagi ng inyong mga kagustuhan at habilin dahil sa karamdaman o sakit.

Ayon sa batas, lahat ng institusyong medikal ay kailangan magbigay ng impormasyon sa inyo ukol sa *Advance Directives*. Itong dokumentong ito na isinalin sa Filipino ay isang mabisang paraan upang lubos ninyong maintindihan ang mga alituntunin ukol sa *Advance Directives* at dagdag na rin ang inyong mga karapatan bilang pasyente.

Mainam na inyong pag-isipan habang maaga ang mga bagay na ito para sa inyong kapakanan at sa mga kapamilya. Hindi ito para sa mga may malubhang karamdaman lamang. Lahat ng tao sa hustong gulang ay hinihikayat na gawin ito habang sila ay malusog at may taglay na malinaw na pag-iisip.

Ang dokumentong ito, kapag nalagdaan at napanotaryo, ay magsisilbing mabisang legal na dokumento para sa inyong proteksyon. Hinihikayat naming kumpletuhin ninyo ito ngayon at gumawa kayo ng mga kopya para maitago ng inyong mga mahal sa buhay, mga doktor, at abogado. Ang dokumentong ito ay may silbi lamang kung ito ay matatagpuan sa oras ng inyong pangangailangan!

Mangyari pa, siguraduhing ihiwalay, kumpletuhin, at bitbitin ang mga tarheta (wallet cards) sa dulo ng dokumentong ito para sa inyong karagdagdagang proteksyon.

Kung kayo ay may karagdagang katanungan huwag mag-atubiling tumawag o sumulat sa amin.

Gumagalang,

Noel Tiano, Th.D.

Direktor,

Nevada Center for Ethics & Health Policy

University of Nevada, Reno

Barbara Thornton, Ph.D.

Propesor,

School of Public Health

University of Nevada, Reno

GAWAD NG KAPANGYARIHAN PARA SA

Nevada Durable Power of Attorney



PAUNAWA:

ITO AY ISANG MAHALAGANG LEGAL NA DOKUMENTO

Ito ay nag-gagawad ng kapangyarihan para sa inyong mga desisyong medikal.

Bago lagdaan ang dokumentong ito, alamin ang mga sumusunod:

1. Ang dokumentong ito ay nagbibigay ng kapangyarihan sa taong tinatalaga ninyo bilang kinatawan (attorney-in-fact) upang gumawa ng mga desisyong medikal sa pagkakataong hindi na kayo makapagsalita o makapaglahad ng inyong mga kagustuhan. Ang kapangyarihang ito ay batay sa mga limitasyon at mga nais na inyong inilalahad sa dokumentong ito. Kasama sa kapangyarihang gumawa ng mga desisyong medikal para sa inyo, ay ang pagpapahintulot o pagsang-ayon (consent) sa anumang uri ng pangangalaga, panggagamot, o kaparaanang medikal.

2. Ang taong inyong tinatalaga (attorney-in-fact) sa dokumentong ito ay may tungkulin na kumilos ng naaayon sa mga kagustuhan inyong inilalahad sa pamamagitan ng dokumentong ito o sa inyong pag-uusap. Kung wala pa kayong napapag-usapan, ang taong inyong itinatalaga ay may tungkuling kumilos nang naaayon sa inyong kabutihan at kapakanan.

3. Maliban na lamang kung hindi ninyo tinukoy sa dokumentong ito, kasama sa kapangyarihan ng taong tinatalaga ninyo ay ang kapangyarihang magpahintulot o sumang-ayon sa mga rekomendasyon ng inyong mga doktor tulad ng pagpatuloy o pagpahinto ng mga kaparaanang medikal na makakapagpapanatili ng inyong buhay.

4. Ang dokumentong ito ay may bisa mula sa araw ng pagkakalagda, maliban na lamang kung nakasulat dito ang takdang panahon ng bisa ng dokumento. Sa pagkakataong hindi na kayo makagagawa ng mga desisyong medikal para sa inyong sarili, ang kapangyarihang ito ay may bisa at magpapatuloy hanggang sa sandaling manumbalik ang inyong kakayahan na gumawa muli ng mga malinaw na desisyon para sa inyong sarili.

MGA DESISYONG PANGKALUSUGANG

for Healthcare Decisions

5. Bilang dagdag, may karapatan kayong gumawa ng mga desisyong medikal para sa inyong sarili habang kaya ninyong magbigay ng wastong pahintulot (informed consent). Hindi kayo maaaring isailalim sa anumang uri ng pangagamot kung tutol kayo dito kabilang na ang mga pamamaraang medikal na magpapahaba ng inyong buhay kung kayo ay hindi sumasang-ayon dito.

6. May karapatan din kayong ipawalang-bisa ang inyong paghirang sa taong inyong itinalaga sa dokumentong ito sa pamamagitan ng pagbibigay-alam sa kanya sa pamamagitan ng sulat o pasabi.

7. May karapatan din kayong ipasawalang-bisa ang awtoridad na ipinagkaloob ninyo sa taong inyong itinalaga na gumawa para sa inyo ng mga desisyong medikal. Ang pagbawi ng awtoridad na ito ay maaaring gawin sa pamamagitan ng pagbibigay-alam sa inyong doktor, ospital o sinomang taga-pangalaga sa pamamagitan ng sulat o pasabi

8. Ang taong inyong itinalaga sa dokumentong ito na gumawa para sa inyo ng mga desisyong medikal ay may karapatang magsuri ng inyong mga “medical records” at magbigay pahintulot sa pagsisiwalat ng mga ito, maliban na lamang kung inyong lilimitahan ang mga nasabing karapatan sa dokumentong ito.

9. Ipinawawalang-bisa ng dokumentong ito ang anumang nau-nang Durable Power of Attorney for Health Care.

10. Kung mayroon mang nakasaad sa dokumentong ito na hindi ninyo maintindihan, tanungin ang inyong abogado upang mai-paliwanag ito sa inyo.

ANG KARAPATAN NG PASYENTE PARA MAGDESISYON

Lahat ng taong nasa hustong gulang na nasa ospital, nursing homes, at iba pang institusyong medikal ay may mga karapatan. Sa ilalim ng Patient Self-Determination Act, may tungkulin ang mga institusyong medikal na ipabatid ang inyong mga karapatan bilang pasyente, kasama na ang kanilang mga patakaran.

Bawa't taong nasa hustong gulang ay may karapatang gumawa ng dokumento na tinatawag bilang “Advance Directives”. Sa pamamagitan ng mga dokumentong ito ay maisasaad ninyo ng maaga ang inyong mga nais o hindi nais na uri ng pangagamot (tulad ng operasyon, pagsalin ng dugo, CPR, at iba pa) sa mga sandaling hindi na ninyo mailahad ang mga ito sa inyong doktor dahil sa inyong kondisyong medikal.

Malugod naming hinihikayat ang lahat na ipabatid ang kanilang karapatang gumawa ng mga desisyong ukol sa mga usapin na may kinalaman sa kanilang kalusugan at maging maalam sa kanilang kakayahan at tungkulin na pag-usapan ang mga bagay na ito.

1. DESIGNATION of HEALTH CARE AGENT

I, *(insert your name)*,

do hereby designate and appoint:

Name _____

Address _____

Phone () _____ Work () _____ ext _____

as my attorney-in-fact to make health care decisions for me as authorized in this document.

Insert the name and address of the person you wish to designate as your attorney-in-fact to make health care decisions for you. Unless the person is also your spouse, legal guardian or the person most closely related to you by blood, none of the following may be designated as your attorney-in-fact:

- (1) *your treating provider of health care;*
- (2) *an employee of your treating provider of health care;*
- (3) *an operator of a health care facility, or;*
- (4) *an employee of an operator of a health care facility.*

2. CREATION of DURABLE POWER of ATTORNEY for HEALTH CARE

By this document I intend to create a Durable Power of Attorney for Health Care by appointing the person designated above to make health care decisions for me. This Durable Power of Attorney for Health Care shall not be affected by my subsequent incapacity.

3. GENERAL STATEMENT of AUTHORITY GRANTED

In the event that I am incapable of giving informed consent with respect to health care decisions, I hereby grant to the attorney-in-fact named above full power and authority to make health care decisions for me before, or after my death, including: consent, refusal of consent, or withdrawal of consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or treat a physical or mental condition, subject only to the limitations and special provisions, if any, set forth in paragraph 4 or 6.

4. SPECIAL PROVISIONS and LIMITATIONS

Your attorney-in-fact is not permitted to consent to any of the following: commitment to or placement in a mental health treatment facility, convulsive treatment, psycho surgery, sterilization, or abortion. If there are any other types of treatment or placement that you do not want your attorney-in-fact’s authority to give consent for or other restrictions you wish to place on your attorney-in-fact’s authority, you should list them in the space below. If you do not write any limitations, your attorney-in-fact will have the broad powers to make health care decisions on your behalf which are set forth in paragraph 3, except to the extent that there are limits provided by law.

1. PAGTATALAGA ng KINATAWAN PARA sa mga DESISYONG PANGKALUSUGANG

Ako, (isulat ang inyong pangalan) _____

ay nagtatalaga at naghihirang kay:

Pangalan _____

Tirahan _____

Telepono () _____ Opisina/Trabaho () _____

bilang aking kinatawan (attorney-in-fact) para gumawa ng mga desisyong medikal para sa akin sang-ayon sa dokumentong ito.

Isulat ang pangalan at tirahan ng taong nais ninyong italaga bilang inyong kinatawan na siyang gagawa ng mga desisyong medikal para sa inyo. Maliban na lamang kung ang taong ito ay inyong asawa, legal na tagapag-alaga (legal guardian) o pinakamalapit ninyong kamag-anak, ang mga sumusunod ay hindi maaaring maitalaga bilang inyong kinatawan:

- (1) *Ang inyong doktor, nurse at iba pang professional na taga-pagbigay ng serbisyong medikal*
- (2) *Isang empleyado ng inyong doktor at sino mang nagbibigay ng serbisyo medikal*
- (3) *Isang tagapamahala sa inyong nursing home, klinika, ospital at iba pa.*
- (4) *Isang empleyado sa inyong nursing home, klinika, ospital at iba pa.*

2. PAGLIKHA ng DURABLE POWER of ATTORNEY FOR HEALTHCARE

Sa pamamagitan ng dokumentong ito, ninanais kong lumikha ng durable power of attorney for healthcare para magtalaga ng taong gagawa ng mga desisyong medikal para sa akin. Ang durable power of attorney for healthcare na ito ay hindi maaapektuhan o mapasasawalang bisa kahit na ako ay mawalan ng malay o hustong kaisipan.

3. PANGKALAHATANG PAHAYAG sa KAPANGYARIHANG IPINAGKALOOB

Sa sandaling hindi na ako makapagbigay ng wastong pahintulot (informed consent) ukol sa mga desisyong medikal, sa pamamagitan ng dokumentong ito, ipinagkakaloob ko sa aking kinatawan ang buong kapangyarihan at awtoridad na gumawa para sa akin ng mga desisyong medikal, bago o pagkatapos ng aking pagpanaw, kasama na dito ang mga sumusunod: pag-sang-ayon (consent), o pagtangi (refusal of consent), o pagbawi ng pahintulot (withdrawal of consent) sa anumang pangagamot o kaparaanang medikal para mapanatili, masuri, o mabigyang-lunas ang aking kalagayan batay sa mga limitasyon at mga natatanging probisyon, kung mayroon man, na nakalagay sa talata 4 o 6.

4. NATATANGING PROBISYON at mga LIMITASYON

Bagama't malawak ang awtoridad ng inyong kinatawan, pinababatid na hindi sila maaaring magbigay ng pahintulot sa mga sumusunod: pagpapanatili sa inyo sa isang institusyon ng mga may kapananan sa pag-iisip; pagbigay ng convulsive treatment, psycho surgery, sterilization, o pagpapalaglag ng sanggol. Kung may mga uri ng pangga-gamot, habilin, at limitasyon sa kapangyarihan ng inyong kinatawan na nais ninyong ilagay sa dokumentong ito, isulat lamang ang mga ito sa ibaba. Kung hindi kayo magsasaad ng anumang limitasyon, ang inyong kinatawan ay magkakaroon ng malawak na kapangyarihang gumawa ng mga desisyon para sa inyo batay sa nakasaad sa talata 3, maliban sa mga limitasyon saklaw sa ilalim ng batas.

In exercising the authority under this Durable Power of Attorney for Health Care, the authority of my attorney-in-fact is subject to the following special provisions and limitations:

5. DURATION

I understand that this Durable Power of Attorney for Health Care will exist indefinitely from the date I execute this document unless I establish a shorter time. If I am unable to make health care decisions for myself when this power of attorney expires, the authority I have granted my attorney-in-fact will continue to exist until the time when I become able to make health care decisions for myself.

(IF APPLICABLE)

I wish to have this Durable Power of Attorney for Health Care to end on:

_____, 20____.

6. STATEMENT of DESIRES

A. With respect to decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment, your attorney-in-fact must make health care decisions that are consistent with your known desires. You can, but are not required to, indicate your desires below. If your desires are unknown, your attorney-in-fact has the duty to act in your best interests; and, under some circumstances, a judicial proceeding may be necessary so that a court can determine the health care decision that is in your best interests. If you wish to indicate your desires, you may INITIAL the statement or statements that reflect your desires and/or write your own statements in the space on the following page.

IF THE STATEMENT REFLECTS YOUR DESIRES, INITIAL THE BOX NEXT TO THE STATEMENT

(1) I desire that my life be prolonged to the greatest extent possible, without regard to my condition, the chances I have for recovery or long-term survival, or the cost of the procedures. _____

(2) If I am in a coma which my doctors have reasonably concluded, is irreversible, I desire that life-sustaining or prolonging treatments not be used. *(Also you should utilize provisions of NRS 449.535 to 449.690, inclusive, if this subparagraph is initialed.)*

Sa pagpapatupad ng awtoridad sa ilalaim ng durable power of attorney for healthcare, ang kapangyarihan ng aking kinatawan ay nababatay sa mga sumusunod na limitasyon:

5. PANAHOONG SAKLAW ng AKING PROBISYON

Nauunawaan kong magpapatuloy ang bisa ng aking durable power of attorney for healthcare mula sa oras ng pagkakalagda ko ng dokumentong ito maliban na lamang kung magtatakda ako ng maikling panahon para sa bisa nito. Kung sakaling dumating ang panahon na mawalan na ng bisa ang aking durable power of attorney for healthcare at hindi ko na rin kayang gumawa ng mga desisyon medical, ang awtoridad na ipinagkaloob ko sa aking kinatawan ay magpapatuloy hanggang dumating ang sandaling makakayanan ko nang gumawa uli ng mga desisyon para sa aking sarili.

(SAKALING MAIPAPATUPAD)

Nilalayan kong matapos ang durable power of attorney na ito sa:

_____, 20__.

6. PAGLALAHAD ng AKING mga KAGUSTUHAN

A. Sa mga desisyong may kinalaman sa hindi pagbibigay o pagbawi ng mga pamamaraang medikal para sa pagpapahaba ng buhay (life sustaining treatment), kinakailangan na ang mga desisyong medikal ay gagawin ng inyong kinatawan (attorney-in-fact) alinsunod sa inyong mga naipaalam na kagustuhan. Maaari, ngunit hindi kinakailangan, na isulat ang inyong mga kagustuhan sa ibaba. Kung ang inyong mga kagustuhan ay hindi naipaalam, ang inyong kinatawan ay may tungkuling kumilos ayon sa inyong pinakamabuting kapakanan. Sa ilang pagkakataon, maaaring kailanganin ang prosesong legal upang maitakda ng korte ang desisyong para sa inyong pinakamabuting kapakanan. Kung ang mga sumusunod na pahayag ay ayon sa inyong kagustuhan, lagyan ito ng inyong lagda. Maari ring kayong gumawa ng inyong sariling habilin sa sumusunod na pahina.

KUNG ANG MGA SUMUSUNOD NA PAHAYAG AY AYON SA INYONG KAGUSTUHAN, LAGYAN ITO NG INYONG LAGDA

(1) Nais kong pahabain ang aking buhay sa abot ng lahat na makakaya at posibleng paraan, walang pagsasaalang-alang sa aking kalagayan o kondisyon, sa posibilidad ng aking pag-galing o ikatatagal ng aking buhay o mga gastusing medikal. _____

(2) Kung ako ay nasa “coma” at naipalagay ng mga doktor na ang aking sitwasyon ay hindi na mababago o gagaling pa, nais kong huwag nang gamitin ang mga pamamaraang medikal na magpapahaba lang ng aking buhay (life sustaining or prolonging treatments). (Kung gagamitin ko ang probisyon ng NRS 449.535 hanggang 449.690, inklusibo, ang talatang ito ay dapat na inisyalan.) _____

(3) If I have an incurable or terminal condition or illness and no reasonable hope of long-term recovery or survival, I desire that life-sustaining or prolonging treatments not be used. *(Also should utilize provisions of NRS 449.535 to 449.690, inclusive, if this subparagraph is initialed)* _____

(4) Withholding or withdrawal of artificial nutrition and hydration may result in death by starvation or dehydration. I want to receive or continue receiving artificial nutrition and hydration by way of the gastro-intestinal tract after all other treatment is withheld. _____

(5) I do not desire treatment to be provided and/or continued if the burdens of the treatment outweigh the expected benefits. My attorney-in-fact is to consider the relief of suffering, the preservation or restoration of functioning, and the quality as well as the extent of the possible extension of my life. _____

6. STATEMENT of DESIRES (continued)

B) It is my intention that this instrument serve both as a self-executing document and as a delegation of power to my attorney-in-fact. This document shall be deemed an exercise of all rights that I may have under the United States Constitution, the Constitution of Nevada, and any other relevant state and federal laws, rules, regulations and decisions, to refuse medical treatment. _____

C) I desire that my wishes be carried out through the authority given to my attorney-in-fact by this document despite any contrary feelings, beliefs or opinions of other members of my family, relatives or friends. _____

D) I realize that the situations described in this document are subject to various interpretations, and I am confident that the person(s) named as my attorney-in-fact will exercise the judgment that I myself would exercise if competent. _____

E) If my attorney-in-fact or my alternate attorney(s) in fact is unavailable, I nevertheless request that my instructions and preferences in this document be observed.

(3) Kung ako ay may kondisyong hindi na bubuti o gagaling (incurable or terminal), o may sakit na wala ng pag-asa, nais ko na huwag nang gamitin sa akin ang mga pamamaraang medikal na magpapahaba lang ng aking buhay. (*Kung gagamitin ko ang probisyon ng NRS 449.535 hanggang 449.690, ingklusibo, ang talatang ito ay dapat na lagdaan*) _____

(4) Naiintindihan ko na ang hindi pagbibigay o pagbawi ng “artificial nutrition at hydration” ay maaaring magsanhi ng kamatayan dahil sa lubhang pagkagutom o uhaw. Nais kong tumanggap o patuloy na tumanggap ng “artificial nutrition at hydration” na padadaanin sa aking tiyan (gastro-intestinal tract) kahit hindi na ibinibigay ang anumang panggagamot. _____

(5) Hindi ko hangad ang anumang panggagamot kung ang mga pasanin nito ay mas matimbang pa sa mga inaasahang kong benipisyo. Bibigyan ng halaga ng aking kinatawan ang aking kaginhawaan, pagpapanatili o panunumbalik ng aking pisikal na kapasidad, at ang kalidad ng itatagal ng aking buhay. _____

6. MGA KARAGDAGANG PAGLALAHAD ng mga KAGUSTUHAN

B) Nilalayon ko na ang dokumentong ito ay magkabisa sa oras ng pagkakalagda at magbigay ng kapangyarihan sa aking kinatawan. Ang dokumentong ito ay magpapatupad ng aking mga karapatan sa ilalim ng Konstitusyon ng Estados Unidos, Konstitusyon ng Nevada, at ng mga ibang kaugnay na batas ng estado, ng bansa, mga patakaran, alituntunin, at mga desisyon, ukol sa pagtutol sa pagpapagamot.

C) Nais ko na ang aking mga hangarin ay maipatupad sa pamamagitan ng awtoridad at kapangyarihan na ibinigay ko sa aking kinatawan sa ilalim ng dokumentong ito sa kabila ng mga damdamin, paniniwala o opinyon ng aking pamilya, mga kamag-anak, o mga kaibigan. _____

D) Nauunawaan ko na ang mga sitwasyong nakalarawan sa dokumentong ito ay nahaharap sa iba't ibang interpretasyon, at ako ay nananalig na ang aking kinatawan ay magdedesisyon ng mabuti kahalintulad ng aking gagawin kung ako ay may kakayahang magbigay ng desisyon. _____

E) Kung sakaling ang aking kinatawan ay hindi makagaganap ng kanyang tungkulin, hinihiling ko pa rin na masunod ang aking mga habilin at kagustuhan nasasaad sa dokumentong ito. _____

7. DESIGNATION of ALTERNATE ATTORNEY-IN-FACT

You are not required to designate any alternative attorney-in-fact but you may do so. Any alternative attorney-in-fact you designate will be able to make the same health care decisions as the attorney-in-fact designated in paragraph 1, page 4, in the event that he or she is unable or unwilling to act as your attorney-in-fact. Also, if the attorney-in-fact designated in paragraph 1 is your spouse, his or her designation as your attorney-in-fact is automatically revoked by law if your marriage is dissolved.

If the person designated in paragraph 1 as my attorney-in-fact is unable to make health care decisions for me, then I designate the following persons to serve as my attorney-in-fact to make health care decisions for me as authorized in this document, such persons to serve in the order listed below:

A. First Alternative Attorney-in-fact

Name _____

Address _____

Phone () _____ Work () _____ ext _____

B. Second Alternative Attorney-in-fact

Name _____

Address _____

Phone () _____ Work () _____ ext _____

8. PRIOR DESIGNATIONS REVOKED

I revoke any prior durable power of attorney for health care. However, this shall not be construed as a revocation of any durable power of attorney I may have made for the management of my business and/or personal affairs.



7. PAGTATALAGA NG KAHALILING KINATAWAN

Hindi ninyo kinakailangang magtalaga ng kahaliling kinatawan ngunit maaari ninyo itong gawin. Ang kahaliling kinatawan na inyong itinalaga ay makagagawa ng mga desisyon medikal tulad ng inyong kinatawang itinalaga sa talata 1, pahina 2, sa pagkakataong ang inyong kinatawan ay hindi makayanang kumilos o hindi nais kumilos bilang inyong kinatawan. Mangyari pa, kung ang inyong itinalagang kinatawan sa talata 1 ay inyong asawa, ang kanyang pagkakatalaga bilang kinatawan ay mapapasawalang-bisa ng batas kung kayo ay nagdiborsyo.

Kung ang taong aking itinalaga bilang aking kinatawan ay di makayanang gumawa ng mga desisyong medikal para sa akin, tinalalaga ko ang mga sumusunod na tao upang magsilbing aking kinatawan na siyang gagawa para sa akin ng mga desisyong medikal sang-ayon sa awtoridad na ipinagkaloob ko sa dokumentong ito. Ang mga taong itinalalaga ko batay sa pagkakasunod-sunod ay ang mga naka-pangalan sa ibaba:

A. Unang Kahaliling Kinatawan

Pangalan _____

Tirahan _____

Telepono () _____ Opisina/Trabaho () _____ Ekst. _____

B. Pangalawang Kahaliling Kinatawan

Pangalan _____

Tirahan _____

Telepono () _____ Opisina/Trabaho () _____ Ekst. _____

8. PAGPAPASAWALANG-BISA ng mga NAUNANG PAGTATALAGA

Ipinapawalang-bisa ko ang anumang naunang durable power of attorney for healthcare. Gayon pa man, hindi nito pinawawalang-bisa ang anumang power of attorney na aking ginawa para sa pamamahala ng aking kabuhayan, ari-arian, negosyo o pansariling pamuhay.



9. WAIVER of CONFLICT of INTEREST

If my designated attorney-in-fact or if any alternate designated attorney-in-fact is my spouse or is one of my children, then in that event I waive any conflict of interest that said spouse or child may have in carrying out the provisions of this Durable Power of Attorney for Health Care, by reason of the fact that said spouse or child may be a recipient of my estate whether by Will, the laws of intestate succession or pursuant to a Trust or other arrangement.

(You must date and sign this durable power of attorney for Health Care)

I sign my name to this Durable Power of Attorney for Health Care on:

_____, 20 ____

At _____ (city, state)

Signature _____

Name _____

Telephone () _____ Work () _____ ext. _____

Social Security Number _____

This Durable Power of Attorney for Health Care will not be valid for making health care decisions unless it is either (1) signed by at least two qualified witnesses who are personally known to you and who are present when you sign or acknowledge your signature, or (2) acknowledged before a notary public.



9. WAIVER of CONFLICT of INTEREST

Kung ang aking itinalagang kinatawan o kahit na sinong kahaliling kinatawan ay aking asawa o isa sa aking mga anak, sa pagkakataong ito, iniu-urong ko ang paghahabol sa anumang salungat na interes na posibleng mayroon ang aking asawa o aking anak sa pagpapatupad ng mga probisyon ng dokumentong ito, sa kadahilananang ang nasabi kong asawa o anak ay maaaring tagapagmana ng aking mga ari-arian sa ilalim ng aking huling habilin, batas ng pagpapamana ng walang testamento, batay sa naitakdang kasunduan sa pangangasiwa (Trust) o ano pa mang kasunduan mayroon.

(Kinakailangan ninyong lagyan ng petsa at lagda)

Nila-lagdaan ko itong Durable Power of Attorney for Healthcare ngayong:

_____, 20____

Sa _____ (lungsod, estado)

Lagda _____

Pangalan _____

Telepono () _____ Opisina/Trabaho () _____ ekst. _____

Social Security Number _____

Ang power of attorney na ito ay may bisa lamang para sa paggawa ng mga desisyon medikal kung ito ay (1) nilagdaan ng hindi kukulangin sa dalawang testigo na kilala ninyo at naroon nang kayo ay lumagda o kaya ay makapagpapatunay ng inyong lagda; o (2) kung ito ay pinatotohanan sa harap ng isang notaryo publiko.



PAGPAPATUNAY ng NOTARYO PUBLIKO

ESTADO ng NEVADA)

_____) ss.

COUNTY ng _____)

Itong araw ng _____ ng _____, 20 _____, sa harap ko

_____, (ilagay ang pangalang ng Notaryo Publiko),

dumulog si _____

(dito ilagay ang pangalan ng nanunumpa)

na kilala kong siyang (o nagpatunay sa akin sa pamamagitan ng sapat na ebidensiya) nagsagawa ng instrumentong nasa itaas, at nagpatunay na siya ang lumagda dito para sa mga kadahilanang nakasaad sa doon. Sumusumpa ako sa ilalim ng batas ng panunumpa ng walang kasinungalingan (perjury) na ang taong kinauukulan ng instrumentong ito ay tila may matinong pag-iisip at hindi napapasailalim ng pamumuwersa (duress), pandaraya (fraud), o di nararapat na impluwensya ng iba (undue influence).

Notaryo Publiko

11. STATEMENT of WITNESSES

You should carefully read and follow this witnessing procedure. This document will not be valid unless you comply with the witnessing procedure. If you elect to use witnesses instead of having this document notarized, you must use two qualified adult witnesses. None of the following may be used as a witness: (1) a person you designate as the attorney-in-fact, (2) a provider of health care, (3) an employee of a provider of health care, (4) the operator of a health care facility, or (5) an employee of an operator of a health care facility.

I declare under penalty of perjury that the principal is personally known to me, that the principal signed or acknowledged this Durable Power of Attorney for Health Care in my presence, that the principal appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, that I am not the person appointed as attorney-in-fact by this document, and that I am not a provider of health care, an employee of a provider of health care, the operator of a community health care facility, nor an employee of a health care facility.

COPIES:

You should retain an executed copy of this document and give one to your attorney-in-fact.

The power of attorney should be available so a copy may be given to your providers of health care.

Signature _____
Print Name _____
Residence Address _____
Date _____ , 20 ____

Signature _____
Print Name _____
Residence Address _____
Date _____ , 20 ____

NOTE:
AT LEAST ONE
OF THE
WITNESSES
MUST ALSO
SIGN THE
FOLLOWING
DECLARATION

12. DECLARATION of WITNESS

I declare under penalty of perjury that I am not related to the principal by blood, marriage or adoption, and to the best of my knowledge I am not entitled to any part of the estate of the principal upon the death of the principal under a will now existing or by operation of law.

Signature _____
Print Name _____
Residence Address _____
Date _____ , 20 ____

11. PAGPAPAHAYAG NG MGA SAKSI

Kailangang ninyong basahin at sundin ng mabuti ang kaparaanan ng pagsasaksi. Ang dokumentong ito ay walang bisa kung hindi matutugunan ang kaparaanan ng pagsasaksi. Kung pipiliin ninyo ang paggamit ng mga saksi at hindi ang pagpapanotaryo ng dokumentong ito, kailangang gumamit ng dalawang karapat-dapat at mga nasa hustong gulang na saksi. Ang mga sumusunod ay hindi maaaring maging saksi: (1) ang taong inyong intinalaga bilang kinatawan, (2) ang inyong doktor o tagapagbigay ng serbisyong medikal, (3) isang empleyado ng inyong doktor at tagapagbigay ng serbisyong medikal (4) administrador ng inyong ospital o nursing home, o (5) isang empleyado inyong hospital, nursing home o institusyong medikal.

Sumusumpa ako sa ilalim ng batas ng panunumpa ng walang kasinungalingan (perjury) na ang taong lumagda ay kilala ko, na nilagdaan ng taong ito o pinatunayang nilagdaan niya ang power of attorney na ito sa aking harapan, na ang taong lumagda ay mukhang may matinong pag-iisip at hindi napapasailalim ng pamumuwersa, pandaraya, o di narapat na impluwensya ng iba, na hindi ako ang itinalagang kinatawan sa dokumentong ito, at na ako ay hindi doktor at tagapagbigay ng pangkalusugang pangangalaga, empleyado ng doktor at tagapagbigay ng pangkalusugang pangangalaga, operator ng community health care facility, o empleyado ng health care facility.

Lagda _____

Pangalan _____

Tirahan _____

Petsa _____, 20__

Lagda _____

Pangalan _____

Tirahan _____

Petsa _____, 20__

PAUNAWA:

**ISA MAN LANG
SA MGA**

SAKSI ANG

KAILANGANG

LUMAGDA SA

SUMUSUNOD NA

PAHAYAG

**MGA
KOPYA:**

Kailangan magtago ng nilagdaang kopya ng dokumento at ibigay sa inyong kinatawan.

Ang power of attorney ay dapat lagging nakahandang maibigay sa inyong doctor at mga tagapangalaga

12. PANUNUMPA ng SAKSI:

Sumusumpa ako sa ilalim ng batas ng panunumpa ng walang kasinungalingan (perjury), na ang taong lumagda ng dokumentong ito ay hindi ko kadugo at wala kaming kaugnayan batay man sa kasal o pag-aampon, at sa abot ng aking kaalaman ay hindi ako tagapagmana ng anumang bahagi ng pag-aari ng taong lumagda, sa kanyang kamatayan, sa ilalim man ng huling habilin/testamento o ng pag-iral ng batas.

Lagda _____

Pangalan _____

Tirahan _____

Petsa _____, 20__

DECLARATION/LIVING WILL

If I should have an incurable and irreversible condition that, without the administration of life-sustaining treatment, will, in the opinion of my attending physician, cause my death within a relatively short time, and I am no longer able to make decisions regarding my medical treatment, I direct any attending physician, pursuant to NRS 449.535 to 449.690, inclusive, to withhold or withdraw treatment that only prolongs the process of dying and is not necessary for my comfort or to alleviate pain.

NOTE: *if you wish to include the following statement in this declaration, you must INITIAL the statement in the space provided:*

Withholding or withdrawal of artificial nutrition and hydration may result in death by starvation or dehydration. Initial this box if you want to receive or continue receiving artificial nutrition and hydration by way of the gastro-intestinal tract after all other treatment is withheld pursuant to this declaration. _____

COPIES:

You should retain an executed copy of this document and give one to your attorney-in-fact.

Signed this _____ day of _____, 20_____

Signature _____

Address _____

The declarant voluntarily signed this document in my presence.

Witness _____

Address _____

Witness _____

Address _____

The power of attorney should be available so a copy may be given to your providers of health care.

HULING HABILIN/TESTAMENTO

Kung ako ay may kondisyong wala ng lunas, na sa opinyon ng aking doktor ay magdudulot ito ng aking kamatayan sa lalong madaling panahon at kung ako'y di mabibigyan ng pamamaraang medikal na magpapahaba ng buhay, at kung ako ay wala nang kakayanang gumawa ng mga desisyong medikal, inaatasan ko ang aking doktor, ayon sa NRS 449.535 hanggang 449.690, na huwag pahintulutan o bawiin ang anumang pamamaraang medikal na magpapahaba lamang ng proseso ng aking kamatayan at hindi naman nararapat para sa aking kaginhawahan o hindi makababawas ng nararamdaman kong sakit.

PAUNAWA: Kung nais ninyong idagdag ang mga sumusunod na pahayag, kinakailangan ninyong lagdaan ang nasasaad sa ilalim:

Ang hindi pagpapahintulot o pagbawi ng “artificial nutrition at hydration” ay maaaring magsanhi ng kamatayan dahil sa lubhang pagkagutom o uhaw. Lagyan ng inyong lagda o inisyal ang kahon kung nais ninyong makatanggap o patuloy na tumanggap ng “artificial nutrition at hydration” na papara-anin sa inyong tiyan (gastro-intestinal tract) matapos na ang lahat ng paggamot ay bawiin sang-ayon sa paglalahad na ito. _____

Nilagdaan ngayong _____ buwan ng _____, 20__.

Lagda _____

Tirahan _____

Ang naglalahad ay kusang-loob ng lumalagda sa dokumentong ito sa aking harapan.

Saksi _____

Tirahan _____

Saksi _____

Tirahan _____

MGA KOPYA:

Kailangan magtago ng nilagdaang kopya para sa inyong attorney-in-fact.

Ang inyong kopya ay dapat din ihanda para sa inyong mga doktor at tagapangalaga.

**EMERGENCY MEDICAL NOTICE:
Advance Directive on file**

Please check with these agents
for a copy of my Advance Directive:

1. PRIMARY AGENT NAME _____

Work (____) _____ Home (____) _____

Cell (____) _____ Other (____) _____

2. 1st ALTERNATE AGENT NAME _____

Work (____) _____ Home (____) _____

Cell (____) _____ Other (____) _____

2. 2nd ALTERNATE AGENT NAME _____

Work (____) _____ Home (____) _____

Cell (____) _____ Other (____) _____

**EMERGENCY MEDICAL NOTICE:
Advance Directive on file**

Please check with these agents
for a copy of my Advance Directive:

1. PRIMARY AGENT NAME _____

Work (____) _____ Home (____) _____

Cell (____) _____ Other (____) _____

2. 1st ALTERNATE AGENT NAME _____

Work (____) _____ Home (____) _____

Cell (____) _____ Other (____) _____

2. 2nd ALTERNATE AGENT NAME _____

Work (____) _____ Home (____) _____

Cell (____) _____ Other (____) _____

NOTICE: remove wallet card, fill out, and carry with your identification; second card is an extra.

SEE INSIDE
I have executed a DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE pursuant to Nevada Civil Code NRS 449.830-449.860. If I am unable to make my own health care decisions, my designated agent has the legal authority to make those decisions on my behalf, including decisions concerning life-sustaining treatment. In such an event, one of the persons listed on the reverse of this card who has a copy of my Durable Power of Attorney should be contacted immediately in the order listed.

**EMERGENCY MEDICAL NOTICE:
Advance Directive on file**

**EMERGENCY MEDICAL NOTICE:
Advance Directive on file**

SEE INSIDE

www.HealthEthics.org

 **Nevada Center for Ethics & Health Policy**
University of Nevada, Reno • Mailstop 339 • Reno NV 89557-0133
(775) 327-2309 • Fax: (775) 327-2203 • www.unr.edu/ncehp

SEE INSIDE
I have executed a DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE pursuant to Nevada Civil Code NRS 449.830-449.860. If I am unable to make my own health care decisions, my designated agent has the legal authority to make those decisions on my behalf, including decisions concerning life-sustaining treatment. In such an event, one of the persons listed on the reverse of this card who has a copy of my Durable Power of Attorney should be contacted immediately in the order listed.

**EMERGENCY MEDICAL NOTICE:
Advance Directive on file**

**EMERGENCY MEDICAL NOTICE:
Advance Directive on file**

SEE INSIDE

www.HealthEthics.org

 **Nevada Center for Ethics & Health Policy**
University of Nevada, Reno • Mailstop 339 • Reno NV 89557-0133
(775) 327-2309 • Fax: (775) 327-2203 • www.unr.edu/ncehp

NOTICE: remove wallet card, fill out, and carry with your identification; second card is an extra.



For additional information:

**The Nevada Center for
Ethics & Health Policy**

University of Nevada, Reno/MS-339
Reno NV 89557-0133

www.unr.edu/ncehp
www.HealthEthics.org

Reno

Tel. (775) 327-2309
Fax (775) 327-2203

Las Vegas

Tel. (702) 257-5594
Fax (702) 531-3310