

Mga Tagubilin at Dokumento para sa Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Massachusetts (Massachusetts Health Care Proxy Instructions and Document – Tagalog)

Mga Tagubilin: Ang bawat may kakayahang adulto, na 18 taong gulang pataas, ay may karapatang magtalaga ng Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan sa isang Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan. Para magawa ang iyong Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan, i-print ang dalawang pahinang form na ito at ilagay ang pahina ng mga tagubilin at ang blangkong dokumento sa iyong harapan. Sundin ang hakbang-hakbang na tagubilin at pirmahan at lagyan ng petsa ang Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan sa harap ng dalawang saksi, na pipirma at maglalagay ng petsa sa dokumento pagkatapos mo.

1. Ang iyong Pangalan at Address (Kinakailangan)

I-print ang iyong buong pangalan sa blangkong patlang. I-print ang iyong address.

2. Ang aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan ay si: (Kinakailangan)

I-print ang pangalan, address at mga numero ng telepono ng iyong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan.

- Pumili ng isang taong pinagkakatiwalaan mo upang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo batay sa iyong mga pinipili, prinsipyo at paniniwala, kung hindi mo magagawa o masasabi ang iyong mga desisyon;
- Ang iyong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan at Alternatibong Ahente ay hindi puwedeng maging indibidwal na isang operator, administrador, o empleyado sa pasilidad kung saan ka pasyente o residente o kung saan ka nag-apply para makapasok, maliban kung may kaugnayan siya sa iyo sa pamamagitan ng dugo, kasal o pag-aampon.

3. Ang Aking Alternatibong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan (Hindi kinakailangan, pero makakatulong ang pagkakaroon ng Alternatibong Ahente)

Kung posible, magtalaga ng isang taong pinagkakatiwalaan mo bilang kahalili o Alternatibong Ahente, na kayang mamagitan upang gumawa ng mga desisyon tungkol sa pangangalagang pangkalusugan kung wala ang iyong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan, ayaw o walang kakayahang magserbisyo, o hindi inaasahang gumawa ng napapanahong desisyon. I-print ang pangalan, address at mga numero ng telepono.

4. Awtoridad ng Aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan (Kinakailangan)

Dito mo ibibigay sa iyong Ahente ang alinman sa pinakamalawak na posibleng awtoridad sa pagdedesisyon na gagawin sa "anuman at lahat" ng desisyon kabilang ang mga paggamot para mapanatili ang buhay, o lilimitahan ang kaniyang awtoridad:

- Kung gusto mong ibigay ang awtoridad sa pagdedesisyon tungkol sa "anuman at lahat," iwang blangko ang lugar na ito.
- Kung ayaw mong ibigay ang awtoridad sa pagdedesisyon tungkol sa "anuman at lahat," ilarawan ang paraan kung saan mo gustong limitahan ang awtoridad ng iyong Ahente at isulat ito sa nakalaang patlang.

5. Pirma at Petsa (Kinakailangan)

HUWAG munang pirmahan. Pirmahan ang iyong buong pangalan at petsa sa harap ng dalawang adultong saksi na pipirma pagkatapos mo.

- Puwede mong papirmahan sa isang tao ang iyong pangalan sa ilalim ng iyong direksyon sa harap ng dalawang saksi.

6. Pahayag at Pima ng Saksi (Kinakailangan)

Puwedeng maging saksi ang sinumang may kakayahang adulto maliban sa iyong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan at Alternatibong Ahente.

- Dapat na naroon ang dalawang adulto bilang mga saksi kapag pinirmahan ang dokumentong ito. Panoorin ka nila habang pinipirmahan mo ang dokumento, o habang pumipirma ang ibang tao sa ilalim ng iyong direksyon, at pipirma sila pagkatapos mo para ipahayag na ikaw ay di-bababa sa 18 taong gulang, may matinong kaisipan, at hindi napipilitan o wala sa ilalim ng hindi nararapat na impluwensiya.
- Papirmahin ang Unang Saksi, pagkatapos ay i-print ang kaniyang pangalan at ang petsa;
- Pagkatapos, papirmahin ang Pangalawang Saksi at i-print ang kaniyang pangalan at petsa.

7. Pahayag ng Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan (Opsyonal)

Hindi kinakailangan ang seksyong ito, pero makakatulong ito sa iyong mga doktor at kapamilya upang malaman na tinanggap ng mga Ahenteng itinalaga mo ang posisyon. Pipirma ang iyong (mga) Ahente at ipi-print ang petsa sa mga nakalaang patlang.

Mahalaga: Itago ang iyong orihinal na Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan. Gumawa ng kopya at ibigay ito sa iyong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan. Magbigay ng kopya sa iyong mga doktor at tagapagbigay ng pangangalaga para ma-iscan sa iyong mga medikal na rekord upang malaman nila kung paano sila makikipag-ugnayan sa iyong Ahente kung may sakit ka o kung naaksidente ka at hindi ka makapagsalita.

**Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Massachusetts
(Massachusetts Health Care Proxy – Tagalog)**

1. Ako, si _____ Address _____ ,
ay itinatalaga ang sumusunod na tao para maging aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan nang mayroong awtoridad na gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa ngalan ko. Magkakaroon ng bisa ang awtoridad na ito kung pagpapasiyahan ng doktor ko sa pamamagitan ng pagsulat na wala akong kakayahan na gumawa o ipakipag-usap ang mga desisyon ko sa pangangalagang pangkalusugan, ayon sa Kabanata 201D ng Mga Pangkalahatang Batas ng Massachusetts (General Laws of Massachusetts).

2. Ang Aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan:

Pangalan: _____ Address: _____

(Mga) Telepono: _____; _____; _____

3. Ang Aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan

Kung wala ang aking Ahente, ayaw o walang kakayahan, o hindi inaasahang gumawa ng napapanahong desisyon, itinatalaga ko si:

Pangalan: _____ Address: _____

(Mga) Telepono: _____; _____; _____

4. Awtoridad ng Aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan

Binibigyan ko ang aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan ng katulad na awtoridad na mayroon ako para gumawa ng anuman at lahat ng desisyon tungkol sa pangangalagang pangkalusugan kabilang ang mga desisyon sa paggamot para mapanatili ang buhay, maliban sa (itala ang mga limitasyon sa awtoridad o magbigay ng mga tagubilin, kung mayroon man):

Pinapahintulutan ko ang aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan na gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan batay sa kaniyang pagsusuri sa aking mga pinipili, prinsipyo, at paniniwala kung nalalaman, at sa aking pinakamabuting kapakanan kung hindi nalalaman. Binibigyan ko ang aking Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan ng katulad na awtoridad na mayroon ako para gamitin at isiwalat ang aking impormasyon sa kalusugan at medikal na mga rekord na pinamamahalaan ng Batas ng Taong 1996 ukol sa Paglilipat-lipat at Pananagutan ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Ang mga kopya ng Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan na ito ay may parehong kapangyarihan gaya ng sa orihinal.

5. Pirma at Petsa. Pinirmahan ko ang aking pangalan at petsa sa Kinatawan ng Pangangalagang Pangkalusugan na ito sa harap ng dalawang saksi.

PINIRMAHAN _____ **PETSA** _____

6. Pahayag at Pirma ng Saksi

Kami, ang nakapirma, ay mga saksi sa pagpirma ng dokumentong ito ng o sa ilalim ng direksyon ng pumirma sa itaas at ipinapahayag na lumilitaw na ang pumirma ay 18 taong gulang, may matinong kaisipan at hindi napipilitan o wala sa ilalim ng hindi nararapat na impluwensiya. Wala sa amin ang ahente ng pangangalagang pangkalusugan o alternatibong ahente.

Unang Saksi

Pangalawang Saksi

Pinirmahan: _____

Pinirmahan: _____

I-print ang Pangalan: _____

I-print ang Pangalan: _____

Petsa: _____

Petsa: _____

7. Pahayag ng Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan (Opsyonal):

Nabasa namin nang mabuti ang dokumentong ito at tinatanggap ang pagtatalaga.

Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan _____ Petsa _____

Alternatibong Ahente ng Pangangalagang Pangkalusugan _____ Petsa _____

Massachusetts Health Care Proxy

1. I, _____ Address: _____,

appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. **Signature and Date.** I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ **DATE** _____

6. Witness Statement and Signature

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ Date _____

Alternate Health Care Agent _____ Date _____