

DURABLE POWER OF ATTORNEY PARA SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

Ang paunang direktibang ito, ang Durable Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan, ay nagbibigay-daan sa iyong pangalanan ang taong gagawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo kapag hindi ka makakapagpasya para sa sarili mo. Ang taong ito ay ang Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan. Nakakatugon ang form na ito sa mga kinakailangan ng batas ng estado ng Washington.

Ang aking impormasyon:

Buong Pangalan: _____ Numero ng Medikal na Rekord: _____

Petsa ng Kapanganakan: / /

(mm/dd/yyyy)

ANG AKING MGA AHENTE SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

Ang taong itinatalaga ko bilang aking Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan ay si:

Buong Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: / /

Address, Lungsod, Estado, ZIP: _____ Telepono: _____

Kung sakaling ang taong nakalista sa itaas ay hindi magagawa o hindi gustong maglingkod, o hindi makaugnayan nang may makatuwirang pagsisikap, ibinibigay ko ang mga kapangyarihang ito sa susunod na kwalipikadong Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan na nakasaad sa ibaba:

Unang Alternatibo

Buong Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: / /

Address, Lungsod, Estado, ZIP: _____ Telepono: _____

Pangalawang Alternatibo

Buong Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: / /

Address, Lungsod, Estado, ZIP: _____ Telepono: _____

PAGPAPAHINTULOT SA ISANG AHENTE SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

Pahayag ng Pangkalahatang Awtoridad at Mga Kapangyarihan ng Aking Ahente sa Pangangalagang

Pangkalusugan: Ang aking Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan ay partikular na awtorisadong magbigay ng pahintulot para sa paggamot sa pangangalagang pangkalusugan kapag hindi ako makakagawa ng mga sarili kong pagpapasya. Ang aking Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan ay awtorisadong ipatupad ang aking mga kahilingan tungkol sa mga paggamot na nagpapanatili ng buhay gaya ng CPR, breathing machine, at dialysis sa bato. Kabilang dito ang pahintulot upang simulan, ipagpatuloy, o ihinto ang medikal na paggamot. Binibigyan ng dokumentong ito ng kapangyarihan ang taong itinatalaga mo bilang iyong Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan na gumawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo, at may bisa lang ito kapag nawalan ka ng kakayahang gumawa ng mga may-kabatirang pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa sarili mo. Hangga't may kakayahan kang gumawa ng mga may-kabatirang pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa sarili mo, nasa iyo ang kakayahang gawin ang lahat ng pagpapapasyang medikal at iba pang pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan. Maaaring ilakip sa form na ito ang iyong mga kahilingan sa medikal na paggamot. Maaari kang magsama sa dokumentong ito ng mga partikular na limitasyon hinggil sa awtoridad ng Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan upang gumawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan kung pipiliin mo.

Pinapatunayan ko ang mga sumusunod: Nauunawaan ko ang kahalagahan at kahulugan ng Durable Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan (Durable Power of Attorney for Health Care o DPOA-HC) na ito. Ipinapakita ng form na ito ang aking mga seleksyon para sa Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan. Kusang-loob kong

Buong Pangalan:

Numero ng Medikal na Rekord:

Petsa ng Kapanganakan: / /

pinunan ang form na ito. Malinaw ang pag-iisip ko. Nauunawaan kong maaari kong baguhin ang aking pagpapasya anumang oras. Nauunawaan kong maaari kong palitan ang form na ito anumang oras, na siyang magpapawalang-bisa sa anumang naunang DPOA-HC. Gusto kong magkaroon ng bisa ang DPOA-HC na ito kung magpapasya ang isang doktor o ang sinumang itatalaga ko na wala akong kakayahang gumawa ng mga sarili kong pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan. Magpapatuloy ang direktibang ito hangga't wala akong kakayahan.

Dapat makita ng dalawang saksi O ng isang notaryo na pinipirmahan ko ang form na ito upang magkaroon ito ng legal na bisa.

Aking Pirma:

Petsa:

KINAKAILANGAN SA MGA SAKSI O NOTARYO

Kapag wala itong pirma ng saksi o notaryo, walang legal na bisa ang form na ito.

Opsyon 1: Dalawang Saksi

Kinakailangan sa Saksi:

- Dapat hindi bababa sa 18 taong gulang at may angkop na kakayahan.
- Hindi maaaring nauugnay sa iyo o sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng pagiging kamag-anak, pag-aasawa, o nakarehistrong domestic partnership sa estado.
- Hindi maaaring maging iyong provider ng pangangalaga sa bahay, o provider ng pangangalaga sa adult family home o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga kung saan ka nakatira.

Pagpapatunay ng Saksi: Ipinapahayag kong natutugunan ko ang mga panuntunan sa pagiging saksi.

Saksi #1 Pirma:

Petsa:

Naka-print na Pangalan:

Saksi #2 Pirma:

Petsa:

Naka-print na Pangalan:

Opsyon 2: Notaryo

Estado ng Washington)

)

County ng _____)

Kinilala ang rekord na ito sa presensya ko nitong ika- _____ araw ng

ni (pangalan ng indibidwal):

Pirma:

Titulo:

Exp:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Ang legal na form na ito ay isa sa maraming bersyong available sa publiko. Hindi ito ginawa upang maging legal na payo. Para sa mga tanong o tulong, mangyaring kumonsulta sa iyong legal na tagapayo. (08-2021)