

Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan (Advance Health Care Directive)

Estado ng California

**Pagpapalano sa
Pangangalaga sa Buhay:**
Mga Pagpapahalaga, Pagpili,
Pangangalaga

kp.org/lifecareplan

Tiyaking masagutan ang dokumentong ito
bago ang:

1. Paglagda at pagpepetsa, kapag kinakailangan.
2. Paglagda ng saksi at pagpapanotaryo. Ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) ay **hindi** puwedeng lumagda bilang saksi.
3. Tandaang magbalik ng **kopya** sa Kaiser Permanente at magbigay ng **kopya** sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan. Ikaw ang magtatabi ng **orihinal** na form.

Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan (Advance Health Care Directive)

Ano ang isang Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan?

Ang Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan (Advance Health Care Directive, AHCD) ay isang legal na dokumento na nagbibigay sa iyong mga team sa pangangalagang pangkalusugan ng gabay sa dapat gawin kung sakaling hindi mo magagawang magpasya para sa iyong kalusugan.

Nagbibigay-daan ang AHCD sa iyo na:

- Pumili ng ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) para gawin ang iyong mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan sa iyong ngalan, kung hindi mo ito magagawa AT/O
- Ipahayag ang iyong mga pagpapahalaga, paniniwala, at kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan

Ang AHCD ay nagbibigay ng gabay sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) at team sa pangangalagang pangkalusugan sa pagbuo ng plano sa paggamot para sa iyo. **HINDI nito sinasabi sa emergency personnel kung anong mga paggamot ang gusto mo sa isang medikal na emergency.**

Puwede mong i-update ang ALINMAN sa iyong mga kagustuhan sa iyong AHCD anumang oras sa pamamagitan ng pagsagot ng isang bagong dokumento. Papalitan ng bagong AHCD na ito ang anumang AHCD na nauna mo nang nasagutan.

Bakit mahalaga ang isang AHCD?

May karapatan kang ibahagi ang iyong mga kagustuhan tungkol sa iyong sariling pangangalagang pangkalusugan. Nagbibigay ng gabay ang dokumentong ito sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) at mga doktor para maibigay nila ang pangangalagang tama para sa iyo.

Pagkakataon din ito para pagnilayan ang ibig sabihin ng kalidad ng buhay sa iyo, at kung paano posibleng maapektuhan ng iyong mga kagustuhan ang iyong mga mahal sa buhay. **Sa pamamagitan ng pagsagot sa dokumentong ito habang nagagawa mo at natatalakay mo ang tungkol dito sa iyong mga mahal sa buhay, mababawasan ang pagkalito at hindi pagkakaunawaan tungkol sa kung ano ang posible mong gusto at hindi mo gusto.**

Para kanino ang AHCD?

Dapat isaalang-alang ng sinumang nasa hustong gulang na lampas 18 taong gulang, at nasa matinong pag-iisip, ang pagsagot ng Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan, anuman ang katayuan ng kanyang kalusugan.

Iba pang sanggunian:

Pagpapalano sa Pangangalaga sa Buhay:
Mga Pagpapahalaga, Pagpili, Pangangalaga
kp.org/lifecareplan

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Ano ang dokumentong ito?

Puwede mong sagutan ang kabuuan o kahit ilang bahagi lang ng dokumentong ito, ayon sa iyong kagustuhan.

Kung magpapasya kang hindi sagutan ang isang seksyon, gumuhit lang ng linya sa buong pahina at lagyan ito ng inisyal mo. Sa pamamagitan nito ay malalaman naming, intensyonal mo itong iniwang blangko.

Kinakailangan ang Bahagi 5 para maging legal ang dokumentong ito sa Estado ng California.

Ang Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan (AHCD) ng Kaiser Permanente ay may limang bahagi, kasama ang kung paano ito gawing legal na dokumento:

Bahagi 1: Pagpili ng Aking (Mga) Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan (Mga Tagapagpasya)

Nagbibigay-daan sa iyo na tukuyin ang isang tao na gawin ang mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan sa iyong ngalan kung hindi magagawang gawin ang mga ito para sa iyong sarili.

Bahagi 2: Aking Mga Pagpapahalaga at Paniniwala

Nagbibigay-daan sa iyo na pagnilayan ang ibig sabihin ng kalidad ng buhay at mahusay na pamumuhay para sa iyo. Hinihikayat ka naming sagutan ang seksyong ito, dahil matutulungan ka nito na mapag-isipan ang kabuuan ng dokumentong ito.

Bahagi 3: Pagpili ng Aking Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan

Nagbibigay-daan sa iyo na isadokumento ang iyong mga kagustuhan para sa pangangalagang pangkalusugan kung hindi mo magagawang magpasya para sa sarili mong pangangalagang pangkalusugan, dahil sa isang pinsala o karamdaman.

Bahagi 4: Mga Kagustuhan Pagkamatay

Nagbibigay-daan sa iyo na ipaalam ang anumang kahilingan sa iyong pagkamatay, kasama ang pag-donate ng organ, kahilingan sa libing, at iba pa.

Bahagi 5: Paano Ito Gawing Legal

Kapag nasagutan ang seksyong ito, magiging legal ang dokumentong ito sa Estado ng California.

Kasama rin sa dokumentong ito ang isang checklist para tulungan kang ibahagi ang iyong mga kagustuhan sa Kaiser Permanente at sa iba pa.

Ang Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito ay kay:

Buong pangalan (Full name)

Numero ng Talaang Medikal (Medical Record number) Petsa ng kapanganakan (Date of birth)

Mailing address

Lungsod (City)

Estado (State)

Zip code

Pangunahing telepono (Primary phone)

Pangalawang telepono (Secondary phone)

Email

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Pagpili ng Aking (Mga) Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan (Mga Tagapagpasya) (Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

Sa seksyong ito, tutukuyin ang isang taong pinagkakatiwalaan kong gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili.

Bahagi 1

Ang Pagpili ng iyong **Ahente sa Pangangalagang Pangkalusugan** ay nangangahulugan ding pagbabahagi ng iyong mga pagpapahalaga at paniniwala sa kanya at pagsasabi sa kanya kung ano ang gusto mong medikal na pangangalaga kung hindi ka makakapagpasya para sa iyong sarili.

Kung sasabihin ng aking provider sa pangangalagang pangkalusugan na hindi ko magagawa ang aking mga sariling pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan, tutukuyin sa form na ito ang (mga) taong pipiliin ko para gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa akin.

Magsasalita ang aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) sa aking ngalan para gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa akin batay sa aking mga kagustuhan na ibinahagi ko sa kanya o sa pinaniniwalaan niyang pinakamabuti sa aking interes, nang isinasaalang-alang ang nalalaman niya tungkol sa aking mga pagpapahalaga at paniniwala.

Tandaan: Makipag-usap sa iyong ahente tungkol sa kung ano ang pinakamahalaga sa iyo at tiyaking sa palagay niya ay magagawa niya ang tungkuling ito. Tiyaking ipaalam sa mga taong pinakamalapit sa iyo kung sino ang pinili mong ahente.

Sino ang dapat kong piliin na maging aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan?

Sa pagpili ng iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan, isaalang-alang ang pagpili ng taong mahalaga sa iyo at may kakayahang gumawa ng mahihirap na pasya sa isang mahirap na panahon. Sa legal na aspeto, hindi mo puwedeng maging ahente ang iyong doktor o iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na nangangalaga sa iyo bilang bahagi ng iyong team sa paggamot.

Hindi mo malalaman kung kailan mangyayari ang bawat sitwasyon sa pangangalagang pangkalusugan; kakailanganin ng iyong ahente na magpasya sa oras na iyon mismo batay sa impormasyong ibinabahagi ng medical team. Sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa iyong ahente tungkol sa uri ng pangangalaga na gusto mo at hindi mo gusto, pareho kayong magkakaroon ng parehong pag-unawa at kapanatagan ng pag-iisip.

Kung minsan, ang isang asawa o kapamilya ang pinakamainam na opsyon, kung minsan, *hindi* sila ang pinakamainam na opsyon. Ikaw ang nakakaalam ng pinakamainam.

Ang isang mabuting ahente sa pangangalagang pangkalusugan ay:

- Handang maging iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan at posibleng makatuwirang maging available
- Alam na alam ang iyong mga pagpapahalaga at paniniwala
- Handa na kilalanin at katawanin ang iyong mga kagustuhan kahit iba ito sa kanilang paniniwala
- Hindi matatakot na magtanong at magsalita sa iyong ngalan, kahit maiiba ito sa nakagawian o mga kahilingan ng mga mahal sa buhay
- Makakapagpasya kahit nakakaranas ng stress
- Patuloy na mangangamusta sa iyo tungkol sa iyong mga kagustuhan sa paglipas ng panahon

Tandaan: Ang iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan ay *maaari* o *maaaring hindi* iisang tao mula sa piniliin mong contact sa emergency.

Ang form na ito ay hindi nagbibigay ng pahintulot sa iyong ahente na gumawa ng mga pinansyal o iba pang pasya sa negosyo para sa iyo.

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Makipag-usap sa iyong **Ahente** tungkol sa mga uri ng mga responsibilidad na mayroon sila sa pagtanggap ng tungkuling ito. Gamitin ang mga tanong sa **Bahagi 2** bilang gabay sa iyong pag-uusap.

Pagpili ng Pangunahing ahente sa pangangalagang pangkalusugan.

Magagawa ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na gawin ang LAHAT ng pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa akin kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili. **Maliban na lang kung lilimitahan ko ang awtoridad ng aking ahente, maaari niyang gawin ang mga sumusunod na pasya para sa akin:**

- Magsabi ng **oo/hindi** sa mga gamot, pagsusuri, paggamot. Pumili o magbago ng mga provider sa pangangalagang pangkalusugan at magpasya kung saan ako tatanggap ng pangangalaga
- **Magsimula, hindi magsimula, o huminto** para sa lahat ng uri ng interbensyon na naghaba ng buhay para panatilihin akong buhay
- Mag-ayon at magpasya tungkol sa pangangalaga sa aking katawan pagkamatay ko (kasama ang autopsy, pag-donate ng organ, at kung ano ang mangyayari sa aking labi)

Pinipili ko ang sumusunod na tao para maging aking Pangunahin (main) na ahente sa pangangalagang pangkalusugan para gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa akin kung hindi ko magagawa ang mga ito para sa aking sarili.

Ang aking Pangunahin (main) na ahente sa pangangalagang pangkalusugan (My Primary [main] health care agent):

Buong pangalan (Full name)

Relasyon (Relationship)

Mailing address

Lungsod (City)

Estado (State)

Zip code

Pangunahing telepono (Primary phone)

Pangalawang telepono (Secondary phone)

Email

Magkakaroon ng bisa ang awtoridad ng aking ahente kapag sinabi ng aking doktor na hindi na ako makakapagpasya para sa aking sarilng pangangalagang pangkalusugan.

Magmarka ng "X" para pumili ng isa sa mga sumusunod (Please mark an "X" to select one of the following):

- Nauunawaan at tinatanggap ko na ang aking ahente ay magiging aktibo kapag hindi **ko na kayang** magpasya para sa aking sarili, O KAYA (I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)
- Kung gugustuhin kong magpasya ang aking ahente sa aking ngalan **sa lalong madaling panahon**, kahit sa kasalukuyang iyong ay magagawa ko pang magpasya sa aking sarili (I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

Tandaan: Kung ang iyong ahente ay isang asawa o domestic partner, mawawala ang pagtatalaga ng ahente kung sakaling mapawalang-bisa, ma-annul, o ma-terminate ang kasal o domestic partnership (**Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership).

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

**Una at Pangalawang
Alternatibong ahente
sa pangangalagang
pangkalusugan.**

Inirerekomenda,
ngunit opsyonal,
ang seksyong ito.
Kung wala kang
maisip, **laktawan ito.**

Kung hindi handa ang aking Pangunahing ahente sa pangangalagang pangkalusugan, hindi niya ito magagawa, o hindi siya makatuwirang available para gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa akin, pinipili ko ang mga sumusunod para maging aking Una at Pangalawang Alternatibong ahente.

Unang Alternatibong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (First Alternate health care agent):

Buong pangalan (Full name)

Relasyon (Relationship)

Mailing address

Lungsod (City)

Estado (State)

Zip code

Pangunahing telepono (Primary phone)

Pangalawang telepono (Secondary phone)

Email

Pangalawang Alternatibong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (Second Alternate health care agent):

Buong pangalan (Full name)

Relasyon (Relationship)

Mailing address

Lungsod (City)

Estado (State)

Zip code

Pangunahing telepono (Primary phone)

Pangalawang telepono (Secondary phone)

Email

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

**Mga limitasyon
ng ahente sa
pangangalagang
pangkalusugan.**

Kung wala kang
maisip para sa
alinmang pahayag,
laktawan ito.

Kung gusto kong limitahan ang awtoridad ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan, isusulat ko sa ibaba kung anong mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan ang **HINDI KO** gustong gawin ng aking ahente. (If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make.)

Isusulat ko rin sa ibaba ang mga pangalan ng sinumang indibidwal, kung mayroon man, na **HINDI KO** gustong gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa akin. (I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Aking Mga Pagpapahalaga at Paniniwala (My Values & Beliefs)

Nagbibigay-daan sa akin ang seksyong ito na pagnilayan ang ibig sabihin ng kalidad ng buhay at mainam na pamumuhay para sa akin. Magsisilbi itong pamantayan para sa aking mga sagot sa kabuuan ng dokumentong ito.

Bahagi 2

Kapag sinagutan mo ang seksyong **Aking Mga Pagpapahalaga at Paniniwala** nagbibigay-daan ito sa iyo na isulat ang mga pinakamahalagang bagay sa iyong buhay. Huwag madaliin ang pagsagot sa mga tanong na ito, dahil tutulong ang mga ito sa iyo na mapag-isipan ang hanggang sa **Bahagi 3** ng dokumentong ito.

Mahalagang maunawaan at mapagnilayan kung ano ang pinakamahalaga, para makagawa ako ng mga pasya nang maaga tungkol sa aking pangangalagang pangkalusugan na tumutugma kung sino ako. Mahalaga rin para sa aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) na maunawaan ang aking mga pagpapahalaga at kung ano ang pinakamahalaga para sa akin.

Magbabahagi ako ng ilang bagay tungkol sa aking sarili, gaya ng kung ano ang pinakamahalaga para sa aking buhay, kung ano ang ibig sabihin sa akin ng pagiging buhay, at kung anong mga kakayahan ang pinapahalagahan ko. Ibabahagi ko rin kung paano posibleng maimpluwensyahan ng sistema ng aking paniniwala ang aking pangangalagang pangkalusugan (I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care).

Lagyan ng check ang lahat ng nalalapat at gamitin ang espasyo sa ibaba para maglarawan ng higit pa. (Check all that apply and use the space below to describe more)

1. Para mabuhay ako nang maayos, pinakamahalaga sa akin ang mga sumusunod (For me to live well, the following matter most to me):

- Pagkakaroon ng oras at koneksyon sa mga mahal sa buhay (Spending time and connecting with loved ones)
- Paggawa ng mga sariling pasya (Making my own decisions)
- Pakikipag-ugnayan sa makabuluhang paraan (Communicating meaningfully)
- Pagiging pisikal na aktibo (Being physically active)
- Pagkilala sa mga kaibigan at kapamilya (Recognizing friends and family)
- Pagiging aktibo sa lipunan (Being socially active)
- Pamumuhay nang independent (Living independently)
- Pagpapakain sa aking sarili nang wala ang tulong ng iba (Feeding myself without assistance)
- Pangangalaga sa aking personal na kalinisan (pagpapaligo, pagbibihis sa aking sarili) (Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Pagtira sa aking bahay (Living in my home)
- Pagtatrabaho at/o pag-volunteer (Working and/or volunteering)
- Paglahok sa mga hobby o interes (Participating in hobbies or interests)
- Pagkilala sa aking mga ispirituwal na paniniwala at/o relihiyon (Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- Iba pa (maglahad pa sa ibaba) (Other [say more below])

Mahalaga rin sa akin na... (It also matters to me that)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

2. Ito ang dahilan kung BAKIT mahalaga sa akin ang mga opsyong pinili ko sa Tanong 1. Magbabahagi rin ako ng mga karagdagang pananaw tungkol sa kung ano ang nagbibigay ng kahulugan sa aking buhay. (This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

Pag-isipan kung ano ang pinakamahalaga para sa iyo. Ano ang ibig sabihin sa iyo ng kalidad ng buhay? Posibleng mahirap sagutin ang mga ito, pero **mas marami ang nalalaman mo kaysa sa iniisip mo.**

Bakit mahalaga sa iyo ang mga ito? (Why are these important to you?)

Sumagot lang kung ito ay mahalaga sa iyo.

3. Paano nakakaapekto ang aking kultura, ispirituwalidad, relihiyon, at/o sistema ng paniniwala sa aking mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan? Gaano ito kahalaga sa akin? (How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

Mahalaga sa akin na... (It is important to me that)

Pagpili ng Aking Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan (Choosing My Health Care Preferences)

Inilalarawan sa seksyong ito, pati na rin sa **Bahagi 2: Aking Mga Pagpapahalaga at Paniniwala** ang aking mga kagustuhan para magabayan ang **aking mga doktor at ahente sa pangangalagang pangkalusugan** sa paggawa ng mga medikal na pasya para sa akin, kung hindi ako makakagawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa aking sarili **AT** kailangan ng mga interbensyon para manatili akong buhay.

Bahagi 3

Posibleng hindi ka maging kumportable sa pagpili ng iyong

Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan, pero kapag ginawa mo ito habang malusog ka, mabibigyan mo ng tinig ang iyong sarili sa oras na wala ka nito.

Kinakatawan ng dokumentong ito ang aking mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan:

Kung hindi ko magagawang magpasya para sa sarili kong pangangalagang pangkalusugan at kailangan ng mga interbensyon para manatili akong buhay, hinihiling kong katawanin ng aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan ang aking mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan, ayon sa inilalarawan sa ibaba.

Alam ko na ang mga pasya ay gagawin sa pagtutulungan ng aking mga doktor at team ng pangangalaga, at isasaalang-alang nila ang aking mga pagpapahalaga at paniniwala, aking mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan, at ang aking kundisyong medikal sa panahon ng papapasya.

Tandaan: Sa pamamagitan ng pagsasadokumento ng iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan sa direktibang ito, magagawa ng iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan na magpasya batay sa kung ano ang isinulat mo, sa halip na manghula, gumawa ng pagpapalagay, o subukan na alalahanin ang mga ito. Talakayin ang iyong mga kagustuhan at ang iyong mga pagpapahalaga at paniniwala sa iyong ahente sa mga doktor.

Ano ang mga interbensyong nagpapanatili ng buhay?

Kasama sa mga interbensyong nagpapanatili ng buhay ang anumang medikal na pamamaraan, device, o gamot na posibleng gamitin para panatilihin akong buhay.

Posibleng tumalab o hindi tumalab ang mga interbensyong ito, at hindi ginagamot ng mga ito ang kasalukuyang kundisyon o dahilan ng karamdaman.

Kasama sa mga interbensyong nagpapanatili ng buhay ang mga sumusunod:

- **Cardiopulmonary resuscitation (CPR):** isang pagsubok na muling paganahin ang puso sa pamamagitan ng mga chest compression, kung hihinto ang iyong puso at paghinga.
- **Ventilator:** isang makinang humihinga para sa iyo kapag hindi gumagana ang iyong mga baga. Nagpapasok ng tubo sa iyong bibig o sa hiwa sa iyong leeg papunta sa daluyan ng iyong hangin. Nakakonekta ang tubo sa makina.
- **Pagpapakain sa pamamagitan ng tubo:** tinatawag ding artipisyal na nutrisyon, isa itong medikal na treatment na nagbibigay ng likidong pagkain (nutrasyon) sa katawan. Ginagawa ito kapag ang isang tao ay hindi sapat na nakakakain sa kanyang bibig o mayroon siyang problema sa paglunok.
- **Dialysis:** isang makinang nag-aalis ng dumi mula sa iyong dugo kung hindi gumagana ang iyong mga bato.
- **Mga pagsasalin ng dugo o paggamit ng mga produkto para sa dugo para sa mga treatment:** ang proseso ng pagsasalin ng dugo o mga produkto para sa dugo sa iyong katawan sa pamamagitan ng isang makitid ng tubong ilalagay ugat sa iyong braso.

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Ibahagi ang iyong mga pagpapahalaga at kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan sa iyong ahente. Sabihin kung bakit mahalaga sa iyo ang iyong mga pinili. Tiyaking gagawin nila ang iyong mga kahilingan kahit iba ito sa kanilang sariling pasya.

Ngayong alam mo na ang tungkol sa mga interbensyong nakakapagpanatili ng buhay, isaalang-alang ang mga sumusunod (pumili ng kahit gaano karaming kakayahan sa ibaba na gusto mo).

A. Gusto kong tanggihan o ihinto ang mga interbensyong nagpapanatili ng buhay kung hindi mo magagawa ang mga sumusunod (I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to):

- Gumawa ng sariling pasya (Make my own decisions)
- Makipag-ugnayan sa makabuluhang paraan (Communicate meaningfully)
- Makilala ang aking mga kaibigan at kapamilya (Recognize friends and family)
- Pakainin ang aking sarili nang walang ibang tumutulong o nang gamit ang mga tubo (Feed myself without assistance or tube feeding)
- Pangalagaan ang aking personal na kalinisan (pagpapaligo, pagbibihis sa aking sarili) (Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Makipag-ugnayan sa komunidad (Engage with the community)

Batay sa iyong mga sagot sa itaas, isaalang-alang ang mga sumusunod sa pagpili ng iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan sa ibaba:

Hihilingin sa aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na gumawa ng mga medikal na pasya para sa akin dahil hindi na ako makapagpasya para sa aking sarili dahil sa isang seryosong medikal na kaganapan, karamdaman, o pinsala at kailangan ng mga interbensyong nakakapagpanatili ng buhay para mabuhay ako. Kasama sa mga interbensyong nakakapagpanatili ng buhay ang: CPR, ventilator, pagpapakain gamit ang tubo, dialysis, mga pagsasalin ng dugo o produkto para sa dugo, atbp. **(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive.** Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.).

B. Mayroon akong matinding dementia o matinding pinsala sa utak na hindi na inaasahang bumuti. Hindi ako nakakakilos sa paraang katanggap-tanggap sa akin. **(I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better.** I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Batay sa **aking mga pagpapahalaga at paniniwala** (Based on **my values and beliefs**):

..... **Hindi ko gusto ang anumang interbensyong nagpapanatili ng buhay.** Ihihinto o hindi ko sisimulan ang mga interbensyong nagpapanatili ng buhay. **(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Gusto kong magsimula o magpatuloy ang mga interbensyong nagpapanatili n g buhay,** hangga't medikal na naaangkop ang mga ito. **(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

..... **Gusto ko ng may limitasyong pagsubok ng mga interbensyong nagpapanatili ng buhay,** hangga't medikal na naaangkop ang mga ito. Karaniwan, ang isang pagsubok ay tumatagal ng wala pang dalawang linggo. **(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Ang mga kagustuhan ko para sa panahon ng pagsubok ay...dahil... (My preferences for a trial period are...because...)

Sa inilalarawang sitwasyon, posibleng hindi mo magawang makilala ang iyong sarili o mahal sa buhay. Sinabi ng mga doktor sa iyong ahente at/o pamilya na **hindi na inaasahang gumaling pa ang mga kakayahan mong ito.**

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Posibleng kasama sa mga halimbawa ng matindi at lumulubhang karamdaman ay sakit sa puso, bato, at baga.

C. Mayroon akong matindi at lumulubhang karamdaman na malapit na sa pinal na stage nito. Hindi ako nakakakilos sa paraang katanggap-tanggap sa akin. **(I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.** I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Batay sa **aking mga pagpapahalaga at paniniwala** (Based on **my values and beliefs**):

..... **Hindi ko gusto ang anumang interbensyong nagpapanatili ng buhay.** Ihihinto o hindi ko sisimulan ang mga interbensyong nagpapanatili ng buhay. **(I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Gusto kong magsimula o magpatuloy ang mga interbensyong nagpapanatili ng buhay,** hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito. **(I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.)

..... **Gusto ko ng may limitasyong pagsubok ng mga interbensyong nagpapanatili ng buhay,** hangga't medikal na naaangkop ang mga ito. Karaniwan, ang isang pagsubok ay tumatagal ng wala pang dalawang linggo. **(I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Ang mga kagustuhan ko para sa panahon ng pagsubok ay...dahil... (My preferences for a trial period are...because...)

Sumagot lang kung ito ay mahalaga sa iyo.

Kung gusto kong magdagdag ng anumang karagdagang kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan, o kung gusto kong limitahan ang anumang interbensyong nagpapanatili ng buhay dahil sa aking kultural, panrelihiyon, o personal na paniniwala, isusulat ko ang (mga) limitasyong ito sa espasyo sa ibaba. **(If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs,** I will write these limitation(s) in the space below.)

Gusto ko na...dahil... (I want...because...)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

[Opsyonal] Pasyang
tanggihan ang
tinukoy na medikal
na paggamot.

Ilagay ang iyong inisyal sa ibaba kung gusto mong tanggihan ang mga pagsasalin ng dugo o produkto para sa dugo para sa treatment (piliin ang opsyong tama para sa iyo).
(**Initial below** if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.])

..... **TINATANGGIHAN** ko ang mga pagsasalin ng dugo o produkto para sa dugo at sasagutan ko ang form sa Pagpapahayag para sa Dugo ng Kaiser Permanente. (I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

..... **TINATANGGIHAN** ko ang mga pagsasalin ng dugo o produkto para sa dugo at nasagutan ko na ang form sa Pagpapahayag para sa Dugo ng Kaiser Permanente. (I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

Kailangan ko ba
ng isa pang form?

Kung sa kasalukuyan ay mayroon kang matindi at lumulubhang karamdaman na malapit na sa pinala na stage nito, makipag-usap sa iyong doktor o team sa pangangalagang pangkalusugan tungkol sa pagsasagot ng dokumentong Mga Kautusan ng Doktor para sa Treatment na Nagpapanatili ng Buhay (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST).

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Mga Kagustuhan Pagkamatay

Ang seksyong ito ay nagbibigay-daan sa iyo na itala ang iyong mga kagustuhan sa kung paano mo gustong isaayos ang iyong labi sa iyong pagkamatay, at kung ano ang iyong mga kahilingan sa lamay, memorial, o paglilibing. Puwede mo ring isadokumento ang iyong mga kagustuhan para sa pag-donate ng organ.

Bahagi 4

Posibleng maging mahirap ang pagtatala ng iyong **Mga Kagustuhan Pagkamatay**, pero makakatulong ang mga ito sa iyong mga mahal sa buhay sa iyong mga kahilingan sa emosyonal na panahong ito.

Kapag isinadokumento mo ang iyong mga kagustuhan sa mangyayari sa iyong pagkamatay at pagkatapos nito, matutulungan ang mga taong pinakamalapit sa iyo na kilalanin ang pinakamahalaga sa iyo. Maglaan ng panahon para pagnilayan ang mga pahayag na ito at kung makakatulong, puwede kang bumalik sa **Bahagi 2: Ang Aking Mga Pagpapahalaga at Paniniwala.**

Tandaan: Kung nahihirapan ka o hindi mo alam ang isasagot sa lahat, isadokumento ang nalalaman mo at laktawan na ito.

1. Kung nasa katapusan na ako ng buhay, gusto kong malaman ng aking mga mahal sa buhay na gusto ko ang mga sumusunod para sa akin (halimbawa, mga rituwal, ispirituwal na suporta, mga tao, musika, pagkain, mga alagang hayop, atbp.) (If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]):

Ang aking mga kagustuhan ay... (My preferences are...)

Pakisama rin ang anumang naunang pagsasaayos (gaya ng punerarya, semeteryo, pag-donate ng iyong katawan sa agham) na nagawa mo na.

2. Pagkamatay ko, ang mga kagustuhan ko sa kung paano aayusin ang aking labi (lamay, memorial, libing, o anumang iba pang panrelihiyon o ispirituwal na tradisyon) ay nakalista sa ibaba. (After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

Ang aking mga kagustuhan ay... (My preferences are...)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Mga kagustuhan para sa pag-donate ng mga organ, tissue, at/o bahagi ng katawan.

Pumili ng **isang** opsyon para sa pag-donate ng organ.

3. Sa pagkamatay ko, gusto kong i-donate ang aking mga organ, tissue, at/o bahagi ng katawan. (Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

Oo (Yes)

Sa pamamagitan ng paglalagay ng check sa kahon sa itaas, at nang hindi isinasaalang-alang ang pinili ko sa **Bahagi 3: Pagpili ng Aking Mga Kagustuhan sa Pangangalagang Pangkalusugan sa Pagtatapos ng Buhay**, binibigyan ko ng pahintulot ang aking ahente sa pangangalagang pangkalusugan na pumayag sa anumang pansamantalang medikal na pamamaraan na kinakailangan para suriin at/o panatilihin ang aking mga organ, tissue, at/o bahagi ng katawan para sa mga layunin ng pag-donate. (By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

Pumili ng **kahit gaano karaming** opsyon na nalalapat (Choose **as many** options as applies):

Gusto kong i-donate ang aking mga organ, tissue, at/o bahagi ng katawan para sa mga sumusunod na layunin (I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes):

- Transplant**
- Therapy**
- Pananaliksik (Research)**
- Edukasyon (Education)**

Gusto kong paghigputan ang pag-donate ng aking mga organ, tissue, at/o bahagi ng katawan, ayon sa nakasaad sa ibaba (I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below):

Gusto kong paghigpitan ang... (I would like to restrict...)

Hindi (No)

Hindi ako sigurado (I'm not sure)

Kung iiwanan ko itong blangko, hindi nangangahulugang tinatanggihan ko ang pag-donate ng aking mga organ, tissue, at/o bahagi ng katawan. Dapat sundin ang rehistro ng donor na awtorisado ng estado, o, kung wala, puwedeng mag-donate sa aking pagkamatay ang aking legal na kinikilalang tagapasya na nakalista sa Bahagi 1. Kung walang tinukoy na ahente sa pangangalagang pangkalusugan, kinikilala ko na pinapahintulutan ng batas ng California ang isang indibidwal na magpasya sa aking ngalan. **(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts.** My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Paggawang Legal na May Bisa ng Dokumentong Ito (Making This Document Legally Valid)

Ginagawang legal na may bisa ng seksyong ito ang iyong Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan sa Estado ng California. Para maging legal na may bisa ito, **(1) dapat kang lumagda dito AT (2) dapat itong lagdaan ng dalawang saksi O KAYA ay mapatunayan sa isang Pampublikong Notaryo.**

Bahagi 5

Tinitiyak ng mga sumusunod na legal na kinakailangan na may bisa ang lahat ng pagsisikap at pag-iisip na ginawa mo para sa AHCD. Tandaan, kung gusto mong magbago sa ibang pagkakataon, magsagot lang ng isa pang AHCD.

Lumagda sa ibaba ng pahina AT pumili ng ISA sa mga sumusunod para gawin legal na may bisa ang dokumentong ito sa Estado ng California:

DALAWANG SAKSI

- Ang isa sa iyong mga saksi **ay hindi puwedeng may kaugnayan sa iyo (sa pamamagitan ng dugo, kasal, o pag-aampon)** at hindi siya dapat nakapangalan sa anumang bahagi ng iyong ari-arian.
- Ang iyong **mga pangunahin at alternatibong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya) ay HINDI maaaring lumagda** bilang mga saksi.
- Ang iyong **provider sa kalusugan, o ang isang empleyado ng provider sa pangangalagang pangkalusugan ay HINDI maaaring lumagda** bilang saksi
- Kapag kasama mo ang iyong mga saksi, lagdaan ito o patunayan ang iyong lagda.
- Lalagda ang mga saksi sa pahina 16.

O KAYA:

PAMPUBLIKONG NOTARYO

- **HUWAG** lagdaan ang dokumentong ito maliban na lang kung ikaw ay nasa Pampublikong Notaryo.
- Lalagda ang Pampublikong Notaryo sa pahina 17.

Ang iyong lagda rito.

Magpatuloy! Para maging legal na may bisa ang dokumentong ito sa Estado ng California, kailangan mong palagdaan sa isang saksi o ipanotaryo ang dokumentong ito.

Aking Lagda (My Signature)

Naka-print na pangalan ko (My name printed)

Aking lagda (My signature)

Petsa (Date)

Kung hindi ka pisikal na makakalagda, tatanggapin ang anumang markang gagawin mo bilang pamalit sa iyong lagda. (If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Pagpili ng
DALAWANG SAKSI.

Pumili ako ng DALAWANG SAKSI para maging legal na may bisa ang dokumentong ito sa California.

PAHAYAG NG MGA SAKSI: Pinapahayag ko alinsunod sa parusa ng hindi pagsasabi ng katotohanan sa mga batas ng California na: (1) Ang indibidwal na nakalagda o nagpapatunay sa Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito ay personal kong kakilala, o napatunayan sa akin ang pagkakakilanlan ng indibidwal sa isang makatuwirang ebidensya, (2) Nilagdaan at pinatunayan ng indibidwal ang Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito sa aking presensya, (3) Ang indibidwal ay mukhang nasa wastong pag-iisip at hindi pinagbabantaan, hindi niloloko, o hindi lango sa alak o bawal na gamot, (4) Hindi ako ang taong itinalaga bilang ahente ng Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito, at (5) Hindi ako ang provider sa pangangalagang pangkalusugan ng indibidwal, hindi ako empleyado ng provider sa pangangalagang pangkalusugan ng indibidwal, hindi ang nagpapatakbo sa pasilidad sa pangangalaga sa komunidad, hindi empleyado ng nagpapatakbo sa pasilidad sa pangangalaga sa komunidad, hindi ang nagpapatakbo sa isang residensyal na pasilidad sa pangangalaga para sa nakaaktanda, o hindi empleyado ng nagpapatakbo sa isang residensyal na pasilidad sa pangangalaga para sa nakaaktanda.

Lagda ng Unang saksi.

Unang saksi (Witness number one):

Pangalan (Name)

Address

Lagda (Signature)

Petsa (Date)

Lagda ng
Pangalawang saksi.

Pangalawang saksi (Witness number two):

Pangalan (Name)

Address

Lagda (Signature)

Petsa (Date)

Sa legal na aspeto,
ang isa sa iyong
mga saksi **ay hindi**
puwedeng may
kaugnayan sa iyo.

Karagdagang Pahayag ng Mga Saksi: Ang kahit man lang isa sa mga binabanggit na saksi sa itaas ay dapat lumagda sa mga sumusunod na pagpapahayag: **Bukod pa rito, ipinapahayag ko alinsunod sa parusa sa hindi pagsasabi ng katotohanan sa mga batas ng California** na wala akong kaugnayan sa indibidwal na nagpapatupad ng Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan na ito sa pamamagitan ng dugo, kasal, o pag-aampon, at sa abot ng aking kaalaman, wala akong karapatan sa anumang bahagi ng ari-arian ng indibidwal sa kanyang pagkamatay, alinsunod sa isang umiiral na huling habilin o sa pamamagitan ng pagpapatakbo ng batas. **(Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care 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.)

Lagda (Signature)

Petsa (Date)

Buong Pangalan (Full Name): _____

ng Talaang Medikal (Medical Record #): _____

Lumagda lang kung ito ay mahalaga sa iyo.

Kinakailangan sa Espesyal na Saksi

Kung isa kang pasyante sa isang pasilidad sa sanay na pangangalaga, dapat lagdaan ng tagapagtaguyod ng pasyente o ombudsman ang mga sumusunod na pahayag.

(Special Witness Requirement

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

PAHAYAG NG TAGAPAGTAGUYOD NG PASYENTE O OMBUDSMAN: Ipinapahayag ko, alinsunod sa parusa ng hindi pagsasabi ng katotohanan sa mga batas ng California, na isa akong tagapagtaguyod ng pasyente o ombudsman na itinakda ng Departamento para sa Nakakatanda ng Estado (State Department of Aging) at ako ay nagsisilbing saksi, ayon sa iniaatas ng Seksyon 4675 ng Probate na Kodigo ng California (California Probate Code). **(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:** I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

Lagda (Signature)

Petsa (Date)

Pagpili ng
PAMPUBLIKONG
NOTARYO.

Pumili ng **PAMPUBLIKONG NOTARYO** sa halip ng dalawang saksi.

ACKNOWLEDGMENT

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, _____
(insert name and title of the officer)

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.

Signature _____ (Seal)

Binabati Ka Namin! Malapit ka nang matapos. Narito ang ilan pang bagay na kailangan mong asikasuhin para matapos ang proseso.

Mga Susunod na Hakbang (Next Steps)

Ngayong natapos mo na ang iyong Paunang Direktiba sa Pangangalagang Pangkalusugan (AHCD), gamitin ang checklist na ito para matiyak na sinusunod mo ang mga huling ilang hakbang na ito.

☐ **Magbigay ng mga kopya ng iyong AHCD**

- Sa iyong **ahente sa pangangalagang pangkalusugan** (tagapagpasya), at (mga) alternatibong ahente
- **Dalhin ito sa iyong susunod na nakaiskedyul na appointment O KAYA**
Magpadala ng kopya sa pamamagitan ng koreo sa: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 **O KAYA**
Email: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- Itabi **ang orihinal**

☐ **Talakayin ang iyong AHCD**

- **Makipag-usap sa iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan (tagapagpasya)** tungkol sa iyong mga pagpapahalaga, paniniwala, at iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan. Gamitin ang iyong AHCD bilang gabay sa pag-uusap at tiyaking sa palagay nila ay magagawa nila ang tungkuling ito.
- **Tiyaking ipaalam sa iyong mga mahal sa buhay, pamilya, at/o malapit na kaibigan** kung sino ang napili mong maging iyong ahente sa pangangalagang pangkalusugan, kung ano ang iyong mga kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan, at kung bakit.

☐ **Dalhin ang iyong AHCD**

- Kung pupunta ka sa ospital o nursing home, magdala ng kopya ng iyong AHCD at hilinging ilagay ito sa iyong talaang medikal.

☐ **Regular na suriin ang iyong AHCD**

Suriin ang iyong AHCD kung sakaling mangyayari ang alinman sa mga sumusunod:

Dekada – kapag nagsimula ka ng bagong dekada ng iyong buhay

Pagkamatay – sa tuwing nakaranas ka ng pagkamatay ng isang mahal sa buhay

Diborsyo/Kasal – kapag nakaranas ka ng diborsyo, kasal, o iba pang malaking pagbabago sa pamilya

Diagnosis – kapag na-diagnose ka sa isang malubhang kundisyong pangkalusugan

Paghina – kapag nakaranas ka ng matinding paghina o paglubha ng isang dati nang kundisyong pangkalusugan, lalo na kung hindi ka na makakapamuhay nang sarili mo.

Tandaan: Puwede mong kanselahin o baguhin ang ANUMAN sa iyong mga

kagustuhan sa iyong AHCD anumang oras. Habang nagbabago ang mga bagay sa iyong buhay o sa iyong kalusugan, puwede mong baguhin kung sino ang iyong ahente sa kalusugan (tagapagpasya) at kung ano ang iyong mga medikal na kagustuhan. Dapat mo itong gawin sa pamamagitan ng pagsulat at dapat mong lagdaan ang bagong dokumento, o puwede mong abisuhan nang personal ang iyong provider sa pangangalagang pangkalusugan.



Ang impormasyong ito ay hindi nilalayong sumuri ng mga problema sa kalusugan o magsilbing pamalit sa payo o pangangalagang medikal na natatanggap mo mula sa iyong doktor o iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang mga hindi gumagaling na problema sa kalusugan, o kung mayroon kang mga karagdagang tanong, kumonsulta sa iyong doktor.

Binuo ng Spark, isang KPIT Innovation team sa tulong ng pangrehiyong Life Care Planning team. Espesyal na pasasalamat sa Bioethics, SCPMG Legal, at iba pang pangunahing contributor para sa kanilang gabay.

© Southern California Permanente Medical Group.

Nakalaan ang lahat ng karapatan.

SCAL-LCP 032T (07/21)

kp.org/lifecareplan