

Paunang Tagubilin ukol sa Pangangalaga sa Kalusugan sa California

California Advance Health Care Directive

Pinahihintulutan kayo ng pormularyong ito na sabihin kung ano ang gagawin sa inyo kapag kayo ay may malubhang sakit. This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



Ang pormularyong ito ay may 3 bahagi. Pinahihintulutan kayo nito na:

This form has 3 parts. It lets you:

Part 1: Pumili ng isang health care agent.

Part 1: Choose a health care agent.

Ang isang health care agent ay isang tao na maaaring gumawa ng mga medikal na desisyon para sa inyo kung sobra kayong nanghihina upang gawin ito mag-isa.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

Part 2: Gumawa ng inyong mga sariling desisyon tungkol sa health care.

Part 2: Make your own health care choices.

Pinahihintulutan kayo ng pormularyong ito na piliin ang uri ng health care na gusto ninyo. Sa ganitong paraan, hindi na kailangan hulaan ng mga taong nagmamalasakit sa inyo kung ano ang gusto ninyo kung kayo ay sobrang nanghihina upang sabihin ito sa kanila mismo.

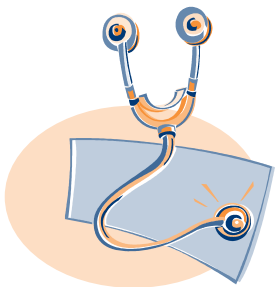
This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

Part 3: Pirmahan ang pormularyo.

Part 3: Sign the form.

Ito ay dapat pirmahan bago gamitin.

It must be signed before it can be used.



Maaari ninyong punan ang Part 1, Part 2, o ang dalawang ito. Laging pirmahan ang pormularyo sa pahina E9.

You can fill out Part 1, Part 2, or both. Always sign the form on page E9.

2 saksi ang kailangang pumirma sa pahina E10 o kaya isang notaryo publiko sa pahina E11.

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

IYONG PANGALAN: _____

YOUR NAME:

Magpunta sa susunod na pahina

Go to the next page



Kung gusto lamang ninyo ng health care agent, magpunta sa **Part 1** sa pahina E3.

If you only want a health care agent, go to Part 1 on page E3.

Kung gusto lamang ninyo magdesisyon tungkol sa inyong sariling health care, magpunta sa **Part 2** sa pahina E6.

If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

Kung gusto ninyo ang dalawang ito, punan ang **Part 1** at **Part 2**.

If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

Laging pirmahan ang pormularyo sa **Part 3** ng pahina E9.

Always sign the form in Part 3 on page E9.

2 saksi ang kailangang pumirma sa pahina E10 o kaya isang notaryo publiko sa pahina E11.

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

● **Ano ang gagawin ko sa pormularyo pagkatapos kong punan ito?**

What do I do with the form after I fill it out?

Ipakita ang pormularyo sa mga taong may pagmamalasakit sa inyo:

Share the form with those who care for you:

- sa mga doktor doctors
- pamilya at mga kaibigan family & friends
- mga nars nurses
- health care agent health care agent
- mga social worker social workers



● **Paano kung magbago ang isip ko?**

What if I change my mind?

- Kumuha ng panibagong pormularyo at punan ito. Fill out a new form.
- Sabihin sa mga taong nagmamalasakit sa inyo kung ano ang mga binago ninyo. Tell those who care for you about your changes.
- Ibigay ang bagong pormularyo sa inyong health care agent at sa doktor. Give the new form to your health care agent and doctor.



● **Paano kung mayroon akong mga katanungan tungkol sa pormularyo?**

What if I have questions about the form?

- Dalhin ito sa inyong mga doktor, mga nars, mga social worker, health care agent, pamilya o mga kaibigan upang masagot ang inyong mga katanungan. Bring it to your doctors, nurses, social workers, health care agent, family or friends to answer your questions.

● **Paano kung gusto kong gumawa ng mga desisyon sa health care na wala sa pormularyong ito?**

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Isulat ang inyong mga desisyon sa isang pirasong papel. Write your choices on a piece of paper.
- Isama ang papel sa pormularyong ito. Keep the paper with this form.
- Ipakita ang inyong mga napili sa mga taong may pagmamalasakit sa inyo. Share your choices with those who care for you.



PART 1 Piliin ang inyong health care agent

PART 1

Choose your health care agent

Ang tao na maaaring gumawa ng mga medikal na desisyon para sa inyo kung kayo ay sobrang nanghihina upang gawin ito mag-isa.

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

● Sino ang dapat kong piliin upang maging aking health care agent?

Whom should I choose to be my health care agent?

Isang kapamilya o kaibigan na:

A family member or friend who:

- **18 taong-gulang man lamang**
is at least 18 years old
- **kilalang-kilala kayo**
knows you well
- **nariyan para sa inyo kapag kailangan ninyo sila**
can be there for you when you need them
- **pinagkakatiwalaan ninyo na gagawin niya ang pinakamabuti para sa inyo**
you trust to do what is best for you
- **makakapagsabi sa inyong mga doktor kung ano ang mga desisyon na ginawa ninyo sa pormularyong ito**
can tell your doctors about the decisions you made on this form



Ang inyong agent ay **hindi maaaring** inyong doktor o isang tao na nagtrabaho sa inyong ospital o klinika, maliban kung siya ay isang kapamilya.

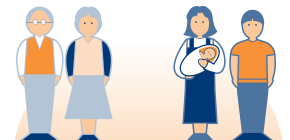
Your agent cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

● Ano ang mangyayari kapag hindi ako pumili ng isang health care agent?

What will happen if I do not choose a health care agent?

Kung sobra kayong nanghihina upang gumawa ng inyong sariling mga desisyon, hihilingin ng inyong mga doktor sa inyong mga pinakamalapit na kapamilya na gumawa ng desisyon para sa inyo.

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.



Kung nais ninyong maging agent ang isang tao na hindi ninyo kapamilya, dapat ninyong isulat ang kanyang pangalan sa pormularyong ito.

If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.

● Anong uri ng mga desisyon ang maaaring gawin ng aking health care agent?

What kind of decisions can my health care agent make?

Sumang-ayon sa, hindi pumayag sa, baguhin, ipahintô o pumili:

Agree to, say no to, change, stop or choose:

- **ng mga doktor, mga nars, social workers** doctors, nurses, social workers
- **ng mga ospital o klinika** hospitals or clinics
- **ng mga gamot, mga pagsusuri o pagpapagamot** medications, tests, or treatments
- **kung ano ang gagawin sa inyong katawan at mga organ pagkatapos ninyong mamatay**
what happens to your body and organs after you die



Dapat sundin ng inyong agent ang mga desisyon sa health care na gagawin ninyo sa Part 2. Your agent will need to follow the health care choices you make in Part 2.

Magpunta sa susunod na pahina

Go to the next page



Iba pang mga desisyon na maaaring gawin ng inyong agent:

Other decisions your agent can make:

● **Mga life support treatment** – medikal na pangangalaga upang tulungang pahabain pa ang inyong buhay

Life support treatments – medical care to try to help you live longer

● **CPR o cardiopulmonary resuscitation**

cardio = puso (heart) • pulmonary = mga бага (lungs) • resuscitation = ibalik ang malay (to bring back)



Maaaring gawin ang mga sumusunod: This may involve:

- madiin na pagdagan sa inyong dibdib upang paganahin ang pagdaloy ng inyong dugo pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- electrical shock upang paandarin ang inyong puso electrical shocks to jump start your heart
- mga gamot sa inyong ugat medicines in your veins



● **Makina upang makahinga o ventilator**

Breathing machine or ventilator

Nagbobomba ng hangin ang makina sa inyong mga бага at humihinga ito para sa inyo. Hindi kayo makapagsasalita kapag nakakabit ang makina sa inyo.

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

● **Dialysis**

Dialysis

Ang makina na naglilinis sa inyong dugo kapag hindi na gumagana ang inyong mga kidney o bato. A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

● **Feeding Tube**

Feeding tube

Ang tube na ginagamit upang pakainin kayo kapag hindi kayo makalunok. Ang tube ay ipinapasok sa inyong lalamunan papunta sa inyong sikmura. Ito ay maaari ring ilagay sa pamamagitan ng operasyon.

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



● **Mga blood transfusion**

Blood transfusions

Upang magsalin ng dugo sa inyong mga ugat. To put blood in your veins.

● **Operasyon**

Surgery

● **Mga Gamot**

Medicines

● **Pagtapós ng life care** – kung mukhang malapit na kayong mamatay, maaaring gawin ng inyong health care agent ang sumusunod:

End of life care – if you might die soon your health care agent can:



- tumawag ng isang pari o pastor call in a spiritual leader

- magdesisyon kung kayo ay mamamatay sa bahay o sa ospital decide if you die at home or in the hospital



Ipakita sa inyong health care agent ang pormularyong ito.

Sabihin sa inyong agent kung anong uri ng medikal na pangangalaga ang gusto ninyo.

Show your health care agent this form. Tell your agent what kind of medical care you want.



Ang Iyong Ahente ng Health Care



Your Health Care Agent

- Gusto kong gumawa ang taong ito ng mga medikal na desisyon para sa akin. Isulat ito sa pahina E5.** I want this person to make my medical decisions. Write this on page E5.

pangalan (first name)

apelyido (last name)

tirahan (street address)

lungsod (city)

estado (state)

zip code (zip code)

() -

() -

telepono sa bahay
(home phone number)

telepono sa trabaho
(work phone number)

- Kung hindi ito magagawa ng unang tao, gusto ko na ang taong ito ang gagawa ng mga medikal na desisyon para sa akin.** If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

pangalan (first name)

apelyido (last name)

tirahan (street address)

lungsod (city)

estado (state)

zip code (zip code)

() -

() -

telepono sa bahay
(home phone number)

telepono sa trabaho
(work phone number)

- Maglagay ng X sa tabi ng pangungusap na sinasang-ayunan mo. Markahan ito sa pahina E5.** Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

Ang aking ahente ng health care ay maaaring gumawa ng mga desisyon para sa akin pagkatapos kong pirmahan ang pormularyong ito. My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.

Ang aking ahente ng health care ay gagawa ng mga desisyon para sa aking kapag lamang hindi ako maaaring makagawa ng aking mga sariling desisyon. My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

- Maaari mong isulat sa pormularyong ito ang mga pipiliin mo para sa iyong health care. Paano mo nais sundin ng iyong ahente ng health care ang mga piniling ito? Maglagay ng X sa tabi ng isang pangungusap na pinaka-sinasang-ayunan mo. Markahan ito sa pahina E5.**

You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices? Put an X next to the one sentence you most agree with. Write this on page E5.

Nais kong makipagtulungan ang aking ahente ng health care sa aking mga doktor at nais kong gamitin niya ang kanyang pinakamahasag na pagpapasiya. OK na sundin ng aking ahente ang aking mga pinili sa health care sa pormularyong ito bilang **pangkalahatang patnubay**. I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a general guide.

Kahit OK na sundin ang aking mga pinili bilang pangkalahatang patnubay, mayroong mga ilang pagpili na ayaw kong mabago:

Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed:

Nais kong **eksaktong** sundin ng aking health care agent ang aking mga pinili sa health care pormularyong ito. Hindi ko nais kailanman baguhin ng aking ahente ang aking mga pinili kahit na sa palagay ng mga doktor na hindi ito mabuti para sa akin.

I want my health care agent to follow my health care choices on this form exactly. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

Upang piliin ang iyong mga kagustuhan sa health care, magpunta sa ika-2 Bahagi sa susunod na pahina.

To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

Upang pirmahan ang pormularyong ito, magpunta sa ika-3 Bahagi sa pahina E9.

To sign this form, go to Part 3 on page E9.



PART 2

Gumawa ng inyong mga sariling desisyon ukol sa health care

PART 2

Make your own health care choices

Isulat ang inyong mga desisyon nang sa gayon ay hindi na kailangan manghula ng mga taong may pagmamalasakit sa inyo. Isulat ang inyong mga pinili sa pahina E6.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

Pag-isipan kung ano ang kabuluhan ng inyong buhay.

Think about what makes your life worth living.

Ang aking buhay ay may kabuluhan lamang kung nagagawa kong: My life is only worth living if I can:

Maglagay ng isang X sa lahat ng mga pangungusap na pinaka sinasang-ayunan ninyo sa pahina E6.

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

- makipag-usap sa aking pamilya o mga kaibigan talk to family or friends
- gumising mula sa coma wake up from a coma
- kumain, maligo, o alagaan ang aking sarili feed, bathe, or take care of myself
- maging malaya sa pananakit be free from pain
- mabuhay nang hindi nakakabit sa mga makina live without being hooked up to machines
- hindi ako sigurado I am not sure



kaya
or

Ang aking buhay ay laging may kabuluhan gaano man kalalâ ang aking sakit.

My life is always worth living no matter how sick I am.

Kung ako ay namamatay, mahalaga sa akin na:

If I am dying, it is important for me to be:

nasa tahanan ako
at home

nasa ospital ako
in the hospital

hindi ako sigurado
I am not sure

Mahalaga ba ang relihiyon o pagiging maka-Diyos sa inyo?

Is religion or spirituality important to you?

hindi
no

oo
yes

Kung mayroon kayong relihiyon, ano ang inyong relihiyon?
If you have one, what is your religion? _____

Ano ang dapat malaman ng inyong mga doktor tungkol sa inyong relihiyon o pagiging maka-Diyos?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

Kung kayo ay may sakit, laging susubukan ng inyong mga doktor at mga nars na panatilihin kayong komportable at malaya sa sakit.

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



Ang mga life support treatment ay ginagamit upang panatilihin kayong buhay. Ito ay maaaring CPR, makina para makahinga, mga feeding tube, dialysis, mga blood transfusion, o gamot.

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Maglagay ng X sa tabi ng desisyon na pinaka sinasang-ayunan ninyo.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Mangyaring basahin ang buong pahinang ito bago kayo magdesisyon.

Please read this whole page before you make your choice.

Markahan ang inyong mga sagot sa pahina E7.

Mark your answers on page E7.

Kung napakalubha ng aking sakit at maaaring malapit na akong mamatay: If I am so sick that I may die soon:



Subukan ang lahat ng mga life support treatment na sa palagay ng aking mga doktor ay makakatulong.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Kung hindi gumana ang mga treatment at maliit ang pag-asa ng pagbuti, gusto kong manatiling nakakabit sa akin ang mga life support machine.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

kaya
or

Subukan ang lahat ng mga life support treatment na sa palagay ng aking mga doktor ay maaaring makatulong.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Kung hindi gumana ang mga treatment at kaunti ang pag-asa ng pagbuti, ayaw kong manatiling nakakabit sa akin ang mga life support machine.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I do not want to stay on life support machines.

kaya
or

Subukan ang lahat ng mga life support treatment na sa palagay ng aking mga doktor ay maaaring makatulong **ngunit hindi** ang mga treatment na ito.

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments.

Markahan ang ayaw ninyo.

Mark what you do not want.

CPR CPR

feeding tube feeding tube

dialysis dialysis

blood transfusion blood transfusion

makina sa paghinga breathing machine

gamot medicine

iba pang mga treatment _____

other treatments

kaya
or

Ayaw ko ng anumang mga life support treatment.

I do not want any life support treatments.

kaya
or

Gusto ko na ang aking **health care agent** ang magdedesisyon para sa akin.

I want my health care agent to decide for me.

kaya
or

Hindi ako sigurado.

I am not sure.

Magpunta sa susunod na pahina

Go to the next page



Maaari kayong tanungin ng inyong mga doktor tungkol sa organ donation at autopsy pagkamatay ninyo. Mangyaring sabihin sa amin ang inyong mga kahilingan.

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

Maglagay ng X sa tabi ng isang desisyon na pinaka sinasang-ayunan ninyo.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Markahan ang inyong mga sagot sa pahina E8.

Mark your answers on page E8.

● Ang pag-donate (pagbigay) ng inyong mga organ ay maaaring makatulong na makasagip ng mga buhay.

Donating (giving) your organs can help save lives.

Gusto kong i-donate ang aking mga organ.

I want to donate my organs.

Anong mga organ ang gusto ninyong i-donate?

Which organs do you want to donate?

anumang organ any organ

lamang only _____

Ayaw kong i-donate ang aking mga organ.

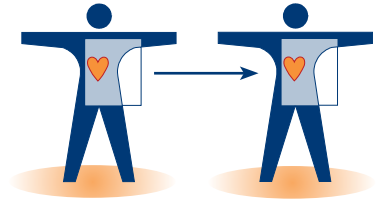
I do not want to donate my organs.

Gusto ko na ang aking health care agent ang magdedesisyon.

I want my health care agent to decide.

Hindi ako sigurado.

I am not sure.



● Ang isang autopsy ay maaaring gawin pagkamatay upang malaman kung bakit namatay ang isang tao.

An autopsy can be done after death to find out why someone died.

Ito ay ginagawa sa pamamagitan ng operasyon. Ito ay maaaring magtagal nang ilang araw.

It is done by surgery. It can take a few days.

Gusto ko ng isang autopsy.

I want an autopsy.

Ayaw ko ng isang autopsy.

I do not want an autopsy.

Gusto ko ng isang autopsy kung mayroong mga katanungan tungkol sa aking pagkamatay.

I want an autopsy if there are questions about my death.

Gusto ko na ang aking health care agent ang magdedesisyon.

I want my health care agent to decide.

Hindi ako sigurado.

I am not sure.



● Ano ang dapat malaman ng inyong mga doktor tungkol sa kung ano ang gusto ninyong mangyari sa inyong katawan pagkatapos ninyong mamatay?

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



PART 3

Pirmahan ang pormularyo sa pahina E9

PART 3

Sign the form on page E9



Bago magamit ang pormularyong ito, dapat:

Before this form can be used, you must:

- Ninyong pirmahan ang pormularyong ito sa pahina E9. Sign the form on page E9.
- Mayroon kayong dalawang saksi sa pormularyo sa pahina E10. Have two witnesses sign on page E10.

Kung wala kayong mga saksi, ang isang notaryo publiko ay dapat pumirma sa pahina E11. Ang trabaho ng notaryo publiko ay ang siguraduhin na kayo talaga ang pumipirma sa pormularyo.

If you do not have witnesses, a notary public must sign on page E11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

Pumirma at lagyan ng petsa sa pahina E9. Sign your name and write the date on page E9.

pumirma dito (sign your name)

petsa (date)

i-print ang inyong pangalan (print your first name)

i-print ang inyong apelyido (print your last name)

tirahan (street address)

lungsod (city)

estado (state)

zip code (zip code)

Ang inyong mga saksi: Your witnesses must:

- ay dapat higit sa 18 taong gulang be over 18 years of age
- ay dapat kilala kayo know you
- dapat saksi sa inyong pagpirma sa pormularyong ito see you sign this form



Ang inyong mga saksi ay hindi maaaring: Your witnesses cannot:

- maging inyong health care agent be your health care agent
- maging inyong health care provider be your health care provider
- nagtrabaho para sa inyong health care provider work for your health care provider
- nagtrabaho sa lugar na inyong tinitirhan (kung kayo ay nakatira sa isang nursing home, magpunta sa pahina E12) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page E12)

Gayon din, ang isang saksi ay hindi maaaring: Also, one witness cannot:

- kamag-anak ninyo sa anumang paraan be related to you in any way
- magbenepisyong nang pinansiyal (makakuha ng anumang pera o ari-arian) benefit financially (get any money or property) after you die

Kailangang pumirma ang mga saksi sa pahina E10. Witnesses need to sign their names on page E10.

Kung wala kayong mga saksi, dalhin ang pormularyong ito sa isang notaryo publiko at papirmahin sila sa pahina E11.

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page E11.

Papirmahan sa inyong mga saksi ang kanilang mga pangalan at palagyan ito ng petsa sa pahina E10. Have your witnesses sign their names and write the date on page E10

Sa pamamagitan ng pagpirma, ipinapangako ko na si _____ (pangalan) ang pumirma sa pormularyong ito habang nakamasid ako.

By signing, I promise that _____ (name) signed this form while I watched.

Siya ay nasa maayos na pag-iisip at hindi pinilit na pirmahan ito.

He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.

Nangangako rin ako na: I also promise that:

- Kilala ko siya o napatunayan ng taong ito kung sino siya I know him/her or this person could prove who he/she was
- Ako ay 18 taong gulang o mas matandâ I am 18 years or older
- Ako ay hindi kanyang health care agent I am not his/her health care agent
- Ako ay hindi kanyang health care provider I am not his/her health care provider
- Ako ay hindi nagtratrabaho para sa kanyang health care provider I do not work for his/her health care provider
- Ako ay hindi nagtratrabaho sa lugar kung saan siya nakatira I do not work where he/she lives



Ang isang saksi ay dapat din mangako na: One witness must also promise that:

- Hindi ako kamag-anak sa pamamagitan ng dugo, pag-asawa, o adopsyon I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- Wala akong makukuhang pinansiyal na benepisyo (may makukuhang anumang pera o ari-arian) pagkatapos niyang mamatay I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

Saksi #1: Pumirma sa pahina E10. Witness #1: Sign on page E10.

pumirma dito (sign your name)

petsa (date)

i-print ang inyong pangalan (print your first name)

i-print ang inyong apelyido (print your last name)

tirahan (street address)

lungsod (city)

estado (state)

zip code (zip code)

Saksi #2: Pumirma sa pahina E10. Witness #2: Sign on page E10.

pumirma dito (sign your name)

petsa (date)

i-print ang inyong pangalan (print your first name)

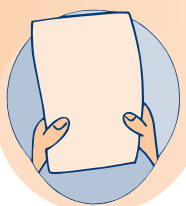
i-print ang inyong apelyido (print your last name)

tirahan (street address)

lungsod (city)

estado (state)

zip code (zip code)



Tapos na kayo sa pormularyong ito.

You are now done with this form.

Ipakita ang pormularyong ito sa inyong mga doktor, mga nars, mga social worker, mga kaibigan, pamilya at health care agent.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Kausapin sila ukol sa inyong mga desisyon.

Talk with them about your choices.



NOTARYO PUBLIKO

Notary Public

- Dalhin ang pormularyong ito sa notaryo publiko kapag **LAMANG** hindi pinirmahan ng dalawang saksi ang pormularyong ito.

Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

- Magdala ng photo I.D. (lisensiya sa pagmamaneho, passport, atbp.)

Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
appeared _____
Name(s) of Signer(s)

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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

RIGHT THUMBPRINT
OF SIGNER

Top of thumb here

(Notary Seal)

Tapos na kayo sa pormularyong ito.

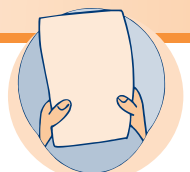
You are now done with this form.

Ipakita ang pormularyong ito sa inyong mga doktor, mga nars, mga social worker, mga kaibigan, pamilya at health care agent.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Kausapin sila ukol sa inyong mga desisyon.

Talk with them about your choices.



Para sa Mga Nursing Home Residents ng California **LAMANG**

For California Nursing Home Residents ONLY

- Ibigay ang pormularyong ito sa inyong direktor ng nursing home kapag lamang nakatira kayo sa isang nursing home.**
- Iniaatas ng batas ng California sa mga naninirahan sa nursing homes na gawing saksi ang nursing home ombudsman sa advance directives (mga paunang tagubilin).**

Give this form to your nursing home director only if you live in a nursing home.

California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

PAHAYAG NG PATIENT ADVOCATE O NG OMBUDSMAN

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng sala ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng California na ako ay isang patient advocate o ombudsman tulad ng itinakdâ ng State Department of Aging at na nagsisilbi ako bilang saksi tulad ng kinakailangan ng Seksyon 4675 ng Probate Code.”

“I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.”

pumirma dito (sign your name)

petsa (date)

i-print ang inyong pangalan (print your first name)

i-print ang inyong apelyido (print your last name)

tirahan (street address)

lungsod (city)

estado (state)

zip code (zip code)

