



XY000240

My Advance Care Plan (Please Complete in English)

Ang Aking Maagang Plano sa Pangangalaga

(Pakisagot sa Ingles)

Last name: / *Apelyido*: _____

First name: / *Unang pangalan*: _____

Date of birth / *Petsa ng kapanganakan* ____ / ____ / ____

Address: / *Tirahan*: _____

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

Ang Aking Maagang Plano sa Pangangalaga ay isang talaan ng mga pagtalakay sa iyong plano sa maagang pangangalaga at isang paraan ng pagbabahagi ng iyong mga kagustuhan sa mga taong nag-aalaga sa iyo. Ang iyong mga kagustuhan ay hindi kailangang may kinalaman sa kalusugan ngunit gagabayan nito ang tumitingin sa iyo na mga propesyonal sa kalusugan, Enduring Guardian (Pangmatagalang Guardian) at/o pamilya tungkol sa paraan kung paano mo gustong magamot kabilang na ang anumang espesyal na mga kahilingan o mensahe.

Mangyaring tandaan: Kung nais mong gumawa ng mga desisyon sa paggamot na ayon sa batas, iminumungkahi na itala mo ang mga desisyong ito sa isang Advance Health Directive (Direktiba sa Maagang Pangangalaga). Maaari mo ring pag-isipan ang paghirang ng Enduring Guardian na gagawa ng mga desisyon na personal, desisyon sa estilo ng pamumuhay at paggamot para sa iyo. Tingnan ang Gabay para sa mga karagdagang detalye.

Nagbigay ako ng isang kopya ng Aking Maagang Plano sa Pangangalaga kay:

Full name / <i>Buong pangalan</i>	Telephone / <i>Telepono</i>	Mobile / <i>Selpon</i>	Relationship to me / <i>Kaugnayan sa akin</i>

MR00H.01 MY ADVANCE CARE PLAN – FILIPINO (TAGALOG)

I have completed one or more of the following:

Nakumpleto ko ang isa o higit pa sa mga sumusunod:

Advance Health Directive

Direktiba sa Maagang Pangangalaga sa Kalusugan

Yes/No (please circle)

Oo/Hindi (paki-bilugan)

I have stored a copy at: / *Nagtabi ako ng isang kopya sa:* _____

A copy can also be obtained from: / *Makukuha rin ang isang kopya mula kay:*

Name: / *Pangalan:* _____

Telephone: / *Telepono:* _____

Enduring Power of Guardianship

Nagtatagal na Kapangyarihan ng Pagiging Guardian

Yes/No (please circle)

Oo/Hindi (paki-bilugan)

I have stored a copy at: / *Nagtabi ako ng isang kopya sa:* _____

A copy can also be obtained from: / *Makukuha rin ang isang kopya mula kay:*

Name: / *Pangalan:* _____

Telephone: / *Telepono:* _____

Enduring Power of Attorney

Nagtatagal na Kapangyarihan ng Abogado

Yes/No (please circle)

Oo/Hindi (paki-bilugan)

I have stored a copy at: / *Nagtabi ako ng isang kopya sa:* _____

A copy can also be obtained from: / *Makukuha rin ang isang kopya mula kay:*

Name: / *Pangalan:* _____

Telephone: / *Telepono:* _____

Will

Huling Habilin

Yes/No (please circle)

Oo/Hindi (paki-bilugan)

I have stored a copy at: / *Nagtabi ako ng isang kopya sa:* _____

A copy can also be obtained from: / *Makukuha rin ang isang kopya mula kay:*

Name: / *Pangalan:* _____

Telephone: / *Telepono:* _____

Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.

Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

Mga kagustuhan ko para sa pangangalaga sa akin sa hinaharap

Ito ang aking mga kagustuhan, kaugnay ng pangangalaga sa akin sa hinaharap. Mangyaring sumangguni sa Gabay sa Maagang Pagplano sa Pangangalaga para sa mga Pasyente.

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

Iba pang mga kinalabasan ng pag-uusap sa Maagang Pagplano sa Pangangalaga:

Halimbawa, maaaring pinag-isipan mo ang pagkumpleto ng iba pang kaugnay na mga legal na dokumento tulad ng Advance Health Directive o Enduring Power of Guardianship o ikaw ay nagdesisyong maging isang organ donor.

Outcome / Kinalabasan	Description / Paglalarawan

If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:

Kung ako ay nawalan na ng kakayahan o malapit na sa katapusan ng buhay, at kung praktikal at naaangkop, mas gusto kong maalagaan sa:

Initial the option you prefer: *Inisyalan ang opsyon na gusto mo:*

- In my usual home: / *Sa pinamamalagian kong bahay:* _____
- At a family member's home: / *Sa bahay ng isang kapamilya:* _____
- At a hospice or palliative care unit / *Sa isang hospisyo o yunit ng palyatibong pangangalaga*
- In hospital / *Sa ospital*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Sa bansa (para sa mga Katutubo at Taga-isla ng Torres Strait)*
- At another place: / *Sa ibang lugar:* _____

I would like to leave the following message(s)

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

Gusto kong mag-iwan ng sumusunod na (mga) mensahe

Halimbawa: Ako ay tagapag-alaga ng aking kapartner/kapamilya o nais kong ang sumusunod na tao ang mag-aalaga sa aking alagang hayop, o gusto kong ipatugtog ang isang partikular na awitin o gusto kong gamitin sa akin ang partikular na komplimentaryong paggamot o nais kong igalang ng aking pamilya ang aking mga kagustuhan na maging organ donor at iba pa.

Signed: / *Lagda:* _____ Date: / *Petsa:* ____ / ____ / ____

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

Ang dokumentong ito ay makukuha sa iba pang mga format kung hihilingin para sa isang maykapansanan.

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.