

PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Estas instrucciones anticipadas, el Poder notarial para la atención médica, le permiten nombrar a la persona que tomará las decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede tomarlas por cuenta propia. Esta persona es el agente para la atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

Mi información:

Nombre y apellido: _____ Número de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: / / _____

(mm/dd/aaaa)

MIS AGENTES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

La persona que designo como mi agente para la atención médica es:

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

En el caso de que la persona mencionada anteriormente no pueda o no quiera serlo, o si no pueden comunicarse con dicha persona tras realizar un esfuerzo razonable, otorgo estos poderes al siguiente agente para la atención médica calificado que se indica a continuación:

Primer suplente

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

Segundo suplente

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE UN AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Declaración de autoridad y poderes generales de mi agente para la atención médica: Mi agente para la atención médica está específicamente autorizado para dar consentimiento para el tratamiento de atención médica cuando no pueda tomar mis propias decisiones. Mi agente para la atención médica está autorizado a cumplir mis deseos con respecto a los tratamientos para el sostenimiento de la vida, como el tubo de alimentación, la reanimación cardiopulmonar, el respirador y la diálisis renal. Esto incluye el consentimiento para iniciar, continuar o interrumpir un tratamiento médico. Este documento le da a la persona que usted designe como su agente para la atención médica el poder de tomar decisiones de atención médica por usted y entra en vigor solo cuando usted pierde la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la atención médica por cuenta propia. Siempre que tenga la capacidad de tomar decisiones de atención médica informadas por cuenta propia, conserva el derecho a tomar todas las decisiones médicas y de otro tipo. Sus deseos sobre el tratamiento médico pueden adjuntarse a este formulario. Si así lo desea, puede incluir limitaciones específicas sobre la autoridad del agente para la atención médica para tomar decisiones de atención médica en este documento.

Doy fe de lo siguiente: Entiendo la importancia y el significado de este Poder notarial para la atención médica (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC). Este formulario refleja mis elecciones con respecto al agente para la atención médica. He completado este formulario de manera voluntaria. Estoy pensando con claridad. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Entiendo que puedo reemplazar este formulario en cualquier momento por otro que revocará cualquier DPOA-

Nombre y apellido:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento:

/ /

HC anterior. Quiero que este DPOA-HC entre en vigencia si un médico o la persona designada por mí determina que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. Estas instrucciones estarán vigentes mientras dure mi incapacidad.

Dos testigos O un escribano deben verme firmar este formulario para que sea legalmente válido.

Mi firma:

Fecha:

REQUISITO DE TESTIGOS O ESCRIBANO

Sin las firmas de los testigos o la certificación de un escribano, este formulario no tiene validez legal.

Opción 1: Dos testigos

Requisitos para los testigos:

- Debe tener al menos 18 años de edad y ser competente.
- No pueden estar relacionados con usted o su agente para la atención médica por sangre, matrimonio o sociedad doméstica registrada en el estado.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o un centro de atención a largo plazo donde vive.

Testimonio del testigo: Declaro que cumplo con los requisitos para ser testigo.

Testigo n.º 1 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Testigo n.º 2 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Opción 2: Escribano

Estado de Washington)

)

Condado de _____)

)

Este registro fue reconocido ante mí el _____

de _____

por (nombre de la persona): _____

Firma: _____

Tratamiento: _____

Vencimiento: _____

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Este formulario legal es una versión entre muchas versiones disponibles públicamente. No pretende ser un consejo legal.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, consulte a su asesor legal. (08-2021)