

PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

DECISIÓN DE NOMBRAR A ALGUIEN QUE HABLE POR MI

Yo (escriba su nombre) _____ (Fecha de nacimiento) _____ designo y nombro a:
Representate: _____ para que sea mi representante en decisiones del cuidado de salud cuando yo no pueda tomar desiciones o comunicar mis deseos.

Dirección del Representante: _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____

Código postal _____ **Teléfono** _____

El representante no puede ser el proveedor de atención médica , un empleado del proveedor de atención médica , o un empleado, propietario, director o funcionario de una instalación, a menos que esa persona sea pariente o esté unida a usted por votos comunes a una vida religiosa.

Por favor imprimir

Primer representante alternativo

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad,Estado, Código postal _____

Teléfono _____

Segundo representante alternativo

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad,Estado, Código postal _____

Teléfono _____

Este poder de las decisiones de salud tomará efecto cuando no pueda tomar decisiones o no pueda comunicar mis deseos con respecto al cuidado de la salud. Este poder de las decisiones de cuidado de la salud no se verá afectado por mi posterior incapacidad o capacidad. Todo poder notarial duradero para las decisiones de salud que haya hecho anteriormente queda revocado.

AUTORIDAD CONCEDIDA

Mi representante de atención médica puede

1. Consentir, o retirar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental.
2. Hacer todos los arreglos para mí en cualquier hospital, centro de tratamiento, hospicio, hogar de ancianos o institución similar;
3. Emplear o despedir personal del cuidado de salud, incluyendo fisioterapeutas, psiquiatras, dentistas, enfermeras, terapeutas u otras personas que me proporcionen tratamiento; hospitalarios, y ejecutar cualquier liberación u otros documentos que puedan ser requeridos para obtener dicha información ; y
4. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, relacionada con mis asuntos personales o con la salud física o mental, incluyendo los registros médicos y
5. Tomar decisiones sobre las donaciones de órganos y tejidos, la autopsia y la disposición de mi cuerpo.

Mi representante autorizará el consentimiento para las siguientes instrucciones especiales:

- Deseo ser donante de órganos y tejidos.
- He adjuntado información sobre las opciones de tratamiento que deseo que sean honradas por mi representante. ___Página (s) adjuntas.

LIMITACIONES A LA AUTORIDAD CONCEDIDA

Mi representante de poder notarial no puede:

1. Superar los poderes establecidos por escrito en este documento; o
2. Revocar cualquier Declaración de un testamento de vida que pueda existir.

X _____
Firma _____ Fecha _____

Notario Público

Estado de _____ Condado de _____
Este document se reconoce ante mi el _____ día de _____ (mes y año)
Por _____ (Nombre de la persona afectada)

Firma del Notario _____ Mi puesto vence _____

O

Testigos:

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Notary Seal:

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO DE VIDA

Ley de muerte natural de Kansas

Yo _____, estando en posesión de todas mis facultades mentales voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, por lo presente declaro:

Si en algún momento yo sufriera una lesión, o enfermedad incurable, y certificada como una condición terminal por dos médicos que me han examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico personal, y los médicos han determinado que mi muerte ocurrirá si o no se utilizan procedimientos de mantenimiento de vida y donde la aplicación de los procedimientos serviría para prolongar artificialmente el proceso de morir, ordeno que se retiren dichos

procedimientos y que se me permita morir naturalmente con sólo la administración de medicamentos o cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme atención de confort.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de los procedimientos de mantenimiento de vida, mi intención es que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico (s) como la expresión final de mi derecho legal de rechazar servicios médicos o quirúrgicos y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Entiendo en la totalidad esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para tomar esta decisión. Queda revocada cualquier testamento de vida que haya hecho anteriormente.

Fecha de la declaración _____ (día) de _____ (mes, año)
Firma: _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ (Calle) (Ciudad) (Estado, Código postal)

El formulario debe ser atestiguado por dos individuos o certificado ante un notario público.

Notario Público	Notario Sello:
Estado de _____ Condado de _____	
Este documento se reconoce ante mi el _____ día de _____ (mes y año)	
Por _____ (Nombre de la persona afectada)	
Firma del Notario _____	
Mi Puesto vence: _____	
O	
Testigos:	
El declarante ha sido personalmente conocido por mí y creó que el declarante está en sus plenas facultades mentales. Yo no he falsificado la firma del declarante ni tengo ningún tipo de relación de parentesco o de matrimonio, ni derecho a cualquier parte de la herencia del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o bajo cualquier voluntad del declarante o directamente responsable de la atención médica del declarante.	
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad, Estado, Código postal _____	Ciudad, Estado, Código postal _____



This document is based on Kansas Statute 65-28,101 et seq. as amended Additional forms and information are available through
Wichita Medical Research & Education Foundation
3306 E. Central, Wichita, KS 67208
316-686-7172

Reprinted 01/2017

