

PODER NOTARIAL DURADERO PARA DECISIONES DE ASISTENCIA MÉDICA (DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE DECISIONS)

(Pursuant to Kansas Statutes Annotated, Section 58-625 through 632)

© Kansas Health Ethics, Inc.

DECISIÓN PARA DESIGNAR A QUIEN O QUIENES HABLE(N) EN MI NOMBRE

Yo, _____, designo a la siguiente(s) persona(s) para que tome(n) decisiones de asistencia médica en mi nombre cuando yo esté incapacitado(a) de hacerlo o comunicar mis propios deseos. (El agente puede que no sea el proveedor de salud que lo(a) esté tratando, un empleado del proveedor de salud que lo(a) esté tratando, o un empleado, propietario, director u oficial de un centro, a menos que esa persona sea un pariente o tenga un vínculo con usted por promesas o juramentos comunes a una vida religiosa)

Nombre del Agente: _____ Teléfono: Día _____ Noche: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal _____

Nombre del 1er Agente Suplente: _____ Teléfono: Día: _____ Noche: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código _____

Nombre del 2o. Agente Suplente: _____ Teléfono: Día: _____ Noche: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Este Poder Notarial Duradero para Decisiones de Asistencia Médica, entrará en vigencia cuando yo esté incapacitado(a) para tomar decisiones o incapacitado(a) para comunicar mis deseos en relación a la asistencia médica. Este Poder Notarial Duradero para Decisiones de Asistencia Médica no será revocado por mi subsecuente o posterior discapacidad o incapacidad. Cualquier Poder Notarial Duradero para Asistencia Médica que yo haya hecho anteriormente queda revocado por el presente.

AUTORIDAD OTORGADA

Mi agente de asistencia médica puede:

1. Dar consentimiento, rehusar el consentimiento, o retirar el consentimiento de cualquier asistencia, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental.
2. Hacer arreglos por mí en cualquier hospital, instalaciones o centro de tratamiento, hospicio, hogar de ancianos o institución parecida.
3. Readmitir o despedir al personal de asistencia médica, incluyendo doctores, psiquiatras, dentistas, enfermeras, terapeutas u otras personas quienes me provean tratamiento.
4. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, hablada o escrita en relación a mis asuntos personales o físicos o de salud mental, incluyendo registros médicos y de hospital, y formalizar cualquier comunicado u otros documentos que puedan ser requeridos para obtener tal información, y
5. Tomar decisiones acerca de donaciones de órganos y tejidos, autopsia y la colocación de mi cuerpo.

Mi agente autorizará el consentimiento para las siguientes instrucciones especiales:

- Yo deseo ser un donante de órganos y tejidos.
- Yo he anexado información acerca de opciones de tratamiento y deseo sea respetada por mi agente.

LIMITACIONES SOBRE LA AUTORIDAD OTORGADA

Mi agente de asistencia médica no puede:

1. Exceder los poderes expuestos por escrito en este documento; o
 2. Revocar cualquier Declaración de Testamento en Vida que yo pueda tener.
- Yo he anexado información acerca de limitaciones especiales que deseo sean respetadas por mi agente.

x _____
(Firma)

(Fecha)

Notario Público:

ESTADO DE _____ CONDADO DE _____ SELLO DEL NOTARIO:

Este instrumento fue reconocido, leído y entendido ante mí en este _____ día de _____, 20____.



Olathe Medical Center

20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

**ADVANCE DIRECTIVE:
DURABLE POWER OF
ATTORNEY / LIVING WILL**

Page 1 of 2

Ethics: 11/07

O.M.C. No. 501 SP

PLACE
PATIENT LABEL
HERE

Firma del Notario: _____

O

TESTIGOS (No pueden ser un agente o familiar directo):

X _____
(Firma) (Fecha)

X _____
(Firma) (Fecha)

DECLARACION DE TESTAMENTO EN VIDA

K.S.A. 65-28, 101 et seq. as amended

Yo, _____, estando en pleno uso de mis facultades mentales, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo que mi agonía no deberá ser prolongada artificialmente bajo las circunstancias establecidas más adelante, por este medio declaro:

Si yo tuviera en cualquier momento una lesión o daño incurable, enfermedad, o condición médica certificada de ser una condición incurable por dos médicos quienes me han examinado personalmente, uno que deberá ser mi médico de cabecera, y los médicos han determinado que mi muerte puede ocurrir ya sea que se utilicen o no los procedimientos para prolongar la vida, y donde la aplicación de procedimientos para prolongar la vida servirían únicamente para prolongar artificialmente el proceso de agonía. Yo ordeno que tales procedimientos sean suspendidos o retirados y que se me permita morir naturalmente, solamente con la administración de medicamento o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proveerme cuidado con el menor sufrimiento posible.

En ausencia de mi capacidad de dar órdenes en relación al uso de los procedimientos para prolongar la vida, es mi determinación que esta declaración deba ser respetada por mi familia y médico(s) como la final expresión de mi derecho legal de rechazar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal rechazo.

Yo comprendo el significado completo de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para tomar esta decisión.

Declaración hecha este _____ (día) de _____ (mes, año)

Firma:

X _____

Dirección:

(calle) _____

(ciudad) _____ (estado, código postal) _____

Este documento debe ser atestiguado por dos personas O reconocido, leído y entendido por un Notario Público.

Notario Público:

ESTADO DE _____ CONDADO DE _____ - _____ SS:

Este instrumento fue reconocido, leído y entendido ante mi este _____ día de _____ (mes, año)

Firma del Notario: _____

Mi cita vence: _____

O

Testigos:

El (la) deponente ha sido personalmente conocido(a) por mi y yo creo que el(la) deponente está en pleno uso de sus facultades mentales. Yo no hice la firma anterior por la del (la) deponente o por orden del(la) deponente. Yo no estoy emparentado con el(la) deponente por sangre o matrimonio, no estoy autorizado a ninguna parte del estado del(la) deponente de acuerdo a las leyes de sucesión intestada o bajo ningún testamento del(la) deponente o codicilo del mismo, o directamente responsable por el cuidado médico del deponente.

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, _____

Ciudad, Estado, _____

Código Postal: _____

Código Postal: _____



Olathe Medical Center

20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

**ADVANCE DIRECTIVE:
DURABLE POWER OF
ATTORNEY / LIVING WILL**

Page 2 of 2

Ethics: 11/07

O.M.C. No. 501 SP

PLACE
PATIENT LABEL
HERE