

# Directiva anticipada: Poder notarial duradero para la atención médica (WASHINGTON)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Números de teléfono: (particular) \_\_\_\_\_; (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Complete al menos **UNA** opción del **Paso 1** y del **Paso 2**, y complete el **Paso 3**.

## Paso 1: Elija un agente de atención médica.

ELIJA **UNA** O **DOS** OPCIONES.

Elijo a \_\_\_\_\_, parentesco, \_\_\_\_\_ (número de teléfono - - o correo electrónico \_\_\_\_\_), como mi agente de atención médica principal para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo.

Elijo a \_\_\_\_\_, parentesco, \_\_\_\_\_, (número de teléfono - - o correo electrónico \_\_\_\_\_), como mi agente de atención médica secundario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo y mi agente de atención médica principal no esté disponible.

## Paso 2: Brinde orientación a mi agente de atención médica y a mis médicos.

Al trabajar juntos para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y los planes para mi atención médica, tenga en cuenta mis preferencias generales que se describen a continuación:

ELIJA SOLO **UNA** OPCIÓN.

- En este momento, no estoy seguro de cuáles de las siguientes afirmaciones son aquellas con las que estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de atención médica hará lo que sea mejor para mí.
- Quiero seguir viviendo incluso si mi calidad de vida parece ser mala para los demás y no puedo comunicarme con las personas. En general, aceptaría asistencia respiratoria para el corazón y la función renal mediante máquinas que requieran que esté en un hospital o en una unidad de atención especial.
- La vida es preciosa, pero entiendo que todos moriremos en algún momento. Quiero vivir siempre que pueda interactuar con los demás y disfrutar de una cierta calidad de vida. Aceptaría tratamientos intensivos solo si tuviese una posibilidad razonable de mejorar. Rechazaría la asistencia a largo plazo con medicamentos o máquinas intensivas si mi calidad de vida se viera empobrecida y no pudiese comunicarme con las personas.
- Para mí es muy importante evitar el sufrimiento. No quiero tratamientos médicos extraordinarios, como respiradores o reanimación cardiopulmonar (RCP). Si mis funciones corporales naturales fallan, rechazaría los tratamientos y elegiría morir de manera natural.

¿Hay algo que sus médicos deberían saber sobre usted para poder brindarle la mejor atención médica posible?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque este casillero si esta declaración se aplica en su caso, o déjelo en blanco si no se aplica: "Si nombro a mi cónyuge o pareja de hecho registrada como mi agente de atención médica y luego presentamos una demanda de disolución, anulación o separación legal, quiero que continúe siendo mi agente de atención médica".

# Directiva anticipada: Poder notarial duradero para la atención médica (WASHINGTON)

---

**Duración.** Esta directiva anticipada: poder notarial duradero para la atención médica (WASHINGTON) entra en vigencia al momento de mi incapacidad. La incapacidad incluirá la incapacidad de tomar decisiones relacionadas con la atención médica de manera efectiva por motivos como enfermedad mental, deficiencia mental, incompetencia, discapacidad o enfermedad física, edad avanzada, uso crónico de drogas o intoxicación crónica. La incapacidad se puede determinar a través de (a) una orden judicial o (b) un médico de cabecera calificado que haya revisado al paciente en persona. La directiva anticipada: poder notarial duradero para la atención médica (WASHINGTON) permanecerá vigente hasta el máximo grado permitido por el Capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington, o hasta que sea revocada para su terminación.

**Paso 3: Complete y firme el formulario delante de 1) dos testigos O BIEN 2) un notario público. Al firmar, revoco toda directiva anticipada anterior: formulario de poder notarial duradero.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**1. Opción 1: DOS testigos**

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Washington, que:

- Estuve presente cuando la persona firmó este formulario, y la persona me solicitó o indicó que firma como testigo.
- No soy el operador de un centro comunitario de atención médica, un empleado de un operador de un centro comunitario de atención médica, el operador de un centro residencial de atención médica para personas de edad avanzada, un proveedor de atención médica en el hogar ni un empleado de un operador de un centro residencial de atención médica para personas de edad avanzada.
- La persona que ejecuta esta directiva anticipada de atención médica no es un pariente consanguíneo mío, ni mi cónyuge, ni un pariente adoptivo, ni mi pareja de hecho registrada en el estado.

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**2. Opción 2: Notario Público**

Estado de Washington

Condado de \_\_\_\_\_

Certifico que tengo conocimiento o pruebas satisfactorias de que \_\_\_\_\_ firmó este instrumento y de que lo hizo de manera libre y voluntaria para los usos y fines mencionados en el instrumento.  
(Sello del notario)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del notario público: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Mi nombramiento vence el: \_\_\_\_\_

## Directiva anticipada: Poder notarial duradero para la atención médica (WASHINGTON)

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Instrucciones para el Paso 1: Designación de un agente de atención médica.

Designe a alguien en quien confíe para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sus propios medios. Proporcione el nombre y la información de contacto de esa persona, junto con una persona adicional.

Elija a un familiar o a un amigo que reúnan las siguientes condiciones:

- Sean mayores de 18 años y lo conozcan bien.
- Estén dispuestos a hacer esto por usted.
- Sean capaces de tomar decisiones difíciles basadas en los deseos expresados por usted.
- **Comuniquen eficazmente la información que usted indique en este documento tanto los proveedores de salud como a sus familiares.**

*Su representante no puede ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o en la clínica donde usted recibe atención, a menos que esa persona sea un miembro de su familia.*

Su representante de atención médica puede hacer lo siguiente:

- Decidir dónde recibirá cuidados médicos.
- Seleccionar o despedir proveedores de salud.
- Aceptar/rechazar medicamentos, exámenes, tratamientos.
- Tomar medidas legales para cumplir con sus deseos.

Su representante de atención médica NO PUEDE autorizar lo siguiente:

- compromiso civil
- terapia electroconvulsiva
- psicocirugía
- otro tratamiento psiquiátrico que restrinja el movimiento físico

### Instrucciones para el Paso 2: Información para mi agente de atención médica y mis médicos en relación con la toma de decisiones sobre mi atención médica.

Indique sus deseos acerca de la atención médica.

1. Seleccione una de las opciones para proporcionar orientación sobre tratamientos de soporte vital. A continuación se incluye información sobre algunos tratamientos de soporte vital que pueden o no ser exitosos para ayudarlo a vivir más tiempo.

RCP o reanimación cardiopulmonar: Esto puede implicar (1) oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre; (2) descargas eléctricas para restablecer el funcionamiento del corazón; (3) medicamentos en sus venas.

Solicite más información a sus proveedores de atención médica, según corresponda.