

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA
LA TOMA DE DECISIONES EN
MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA**

DECLARACIÓN GENERAL DE LA AUTORIDAD CONCEDIDA

Yo, el abajo firmante, _____, designo y nombro a

Agente 1: Nombre: _____

 Dirección: _____

 Ciudad, Estado: _____

 Teléfono: _____

 Parentesco: _____

para ser mi agente para las decisiones de atención médica y, de acuerdo con el lenguaje indicado a continuación, en mi nombre para:

(1) Consentir, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental, y tomar decisiones sobre donaciones anatómicas (donación de órganos), autopsia y disposición del cuerpo, y mostrar especial preocupación por el costo y los gastos de estos;

(2) Hacer todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento psiquiátrico, hospicio, hogar de ancianos o institución similar, y emplear o dar de alta al personal de atención médica para incluir a los médicos, psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeras, terapeutas o cualquier otra persona que esté autorizada, certificada o de otra manera autorizada o permitida por las leyes de este estado para administrar la atención médica que el agente considere necesaria para mi bienestar físico, mental y emocional, y nuevamente mostrar especial preocupación por el costo y los gastos de la misma;

(3) Actuar como “representante personal”, dentro del significado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”), y en esa capacidad, solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mis asuntos personales o salud física o mental, incluyendo registros médicos y hospitalarios, y ejecutar cualquier liberación de otros documentos que puedan ser requeridos para obtener dicha información. Además, autorizo a mi apoderado a obtener para su uso y divulgación a terceros cualquier información protegida sobre mi salud y a ejecutar cualquier autorización apropiada para el uso o divulgación de mi información protegida sobre mi salud.

LIMITACIONES DE LA AUTORIDAD

Las facultades del apoderado en el presente documento se limitarán a lo establecido por escrito en este Poder Notarial Perdurable para la Toma de Decisiones de Atención Médica, y no incluirán la facultad de revocar o invalidar cualquier declaración previamente existente o posterior realizada de conformidad con la Ley de Muerte Natural de Kansas o un testamento vital de derecho común.

TIEMPO DE VIGENCIA

Este Poder Notarial Duradero para la Toma de Decisiones en el Cuidado de la Salud entrará en vigor y podrá ejercerse de inmediato y no se verá afectado por mi posterior incapacidad o invalidez.

AGENTE SUSTITUTO

Si la persona designada más arriba (Agente 1) deja de actuar como mi agente debido a su muerte, renuncia, remoción, incapacidad o invalidez (según lo determine la certificación de un médico licenciado), nombro a las siguientes personas, en orden sucesivo de prioridad, para que actúen como mi agente sustituto con todos los mismos poderes otorgados al agente originalmente designado (lo que significa que el Agente 2 actuará solo, y si deja de actuar como mi agente debido a su muerte, renuncia, remoción, incapacidad o invalidez (según lo determina la certificación de un médico licenciado) entonces el Agente 3 actuará solo).

Agente 2: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____
Teléfono: _____
Parentesco: _____

Agente 3: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____
Teléfono: _____
Parentesco: _____

TUTOR

En caso de que se inicie un procedimiento de protección a causa de mi incapacidad o invalidez, por la presente designo ante el tribunal al apoderado o sustituto arriba mencionado para que sea mi tutor.

REVOCACIÓN

Por la presente, queda revocado cualquier Poder Notarial Duradero para la Toma de Decisiones de Atención Médica que haya realizado anteriormente. Este Poder Notarial Durable para Decisiones de Atención Médica será revocado mediante un instrumento por escrito filmado y reconocido de la misma manera que se requiere en este documento.

FIRMA

Firmado el día ____ de _____, 20____, en Salina, Kansas

Firma

Este documento debe ser fechado y firmado en presencia de dos testigos o reconocido por un notario público.

TESTIGOS

Los testigos deben ser (i) el agente; (ii) parientes del representado por consanguinidad, matrimonio o adopción; (iii) con derecho a una parte del patrimonio del representado; o (iv) que no sean responsables económicamente del cuidado de la salud del representado.

Testigo _____

Testigo _____

Dirección _____

Dirección _____

Q

NOTARIO PÚBLICO

ESTADO DE KANSAS, CONDADO DE _____, en particular:

El instrumento anterior fue reconocido ante mí el día _____ de _____,
20____, por _____.

Notario Público