

**PODER DE DURACIÓN DE ABOGADO
PARA DECISIONES DEL CUIDADO DE
SALUD**

**DECLARACIÓN GENERAL DE LA AUTORIDAD
OTORGADA**

Yo, el abajo firmante, _____ designo y nombro a

Agente 1: Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado: _____
 Número de Teléfono: _____
 Relación: _____

para ser mi agente de decisiones del cuidado de salud y de conformidad con el lenguaje que se indica a continuación, en mi nombre a:

(1) Consentir, denegar consentimiento, o retirar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición de salud mental o física, y para tomar decisiones acerca de la donación de órganos, autopsia, y disposición del cuerpo, y mostrar particular preocupación por el costo y gastos de los mismos;

(2) Realizar todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, hospital psiquiátrico, o centro de tratamiento psiquiátrico, hospicio, residencia de ancianos, o una institución similar, y emplear o destituir al personal de cuidados de la salud para incluir médicos, psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeros, terapistas, u otra persona que este licenciada, certificada o permitida por las leyes de este estado para administrar cuidados de la salud como el agente considere para mi bienestar físico, mental y emocional, y también mostrar preocupación particular con lo concerniente al costo y gastos del mismo;

(3) Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, relacionada con mis asuntos personales o con mi salud física o mental, incluyendo los registros médicos y hospitalarios, y para ejecutar cualquier liberación de otros documentos que puedan ser requeridos para obtener dicha información.

LIMITACIONES DE LA AUTORIDAD

Las facultades del agente en este documento serán limitadas en la medida establecida por escrito en este Poder de Duración para Decisiones del Cuidado de la Salud, y no incluirán el poder de revocar o invalidar alguna declaración anterior o posterior efectuada de conformidad con la Ley de Muerte Natural de Kansas o un testamento vital de derecho natural.

TIEMPO DE VIGENCIA

Este Poder Duradero de Abogado para las Decisiones del Cuidado de Salud será efectiva y ejercitable inmediatamente y no será afectado por mi posterior discapacidad o incapacidad o al ocurrir mi discapacidad o incapacidad.

AGENTE SUPLENTE

Si la persona designada arriba (Agente 1) deja de actuar como mi agente debido a muerte, renuncia, remoción, discapacidad o incapacidad (según lo determinado por certificación de un médico autorizado), nombro a las siguientes personas en orden de prioridad, y si ese agente deja de actuar como mi agente debido a muerte, renuncia, remoción, discapacidad o incapacidad (según lo determinado por certificación de un médico autorizado) entonces el Agente 3 actuará como mi agente suplente con todas las facultades otorgadas al Agente nombrado originalmente.

Agente 2: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____
Número de Teléfono: _____
Relación: _____

Agente 3: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____
Número de Teléfono: _____
Relación: _____

GUARDIÁN

Si se inicia un proceso de protección debido a mi discapacidad o incapacidad, por la presente nombro ante el tribunal al agente mencionado anteriormente o agente suplente para que sea mi guardián.

REVOCACIÓN

Toda potestad duradera para las decisiones de atención médica que he hecho anteriormente es por la presente revocada. Este Poder Duradero para las Decisiones del Cuidado de la Salud será revocado por un instrumento escrito firmado y reconocido de la misma manera que se requiere en este documento.

FIRMA

Firmado el día ____ de _____, 20__ en _____ (agregue ciudad, estado)

Persona que Firma el Poder

ESTADO DE KANSAS, CONDADO DE SALINE, ss:

El documento anterior fue reconocido ante mi el día _____ de

_____, 20____, por _____ (Sello del Notario)

Notario Público

(Rev. 9/02)