

## PODER LEGAL DURADERO PARA LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

### DECLARACIÓN GENERAL DE PODER OTORGADO

Yo, el abajo firmante, \_\_\_\_\_, designo y nombro:

Agente 1:      Nombre: \_\_\_\_\_  
                    Dirección: \_\_\_\_\_  
                    Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
                    Teléfono: \_\_\_\_\_  
                    Relación: \_\_\_\_\_

Para ser mi agente para decisiones de atención médica y de conformidad con el lenguaje que se indica a continuación, en mi nombre para:

- Consentir, rechazar el consentimiento, o retirar el consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición mental o física, y para tomar decisiones acerca de donación de órganos, autopsia y disposición del cuerpo y para mostrar especial preocupación por el costo y gasto de los mismos;
- Hacer todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, o centro de tratamiento psiquiátrico, hospicio, asilo de ancianos, o institución similar, dar empleo o dar de alta al personal de atención médica para incluir médicos, psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeros, terapeutas, o cualquier otra persona que sea licenciada, certificada, o de lo contrario autorizado o permitido por las leyes de este estado a administrar la atención médica ya que el agente lo considerará necesario por mi bienestar físico, mental y emocional, y nuevamente mostrar especial preocupación por el costo y gasto de los mismos;
- Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, acerca de mis asuntos personales o salud física o mental, incluyendo registros médicos y del hospital y ejecutar cualquier divulgación de otros documentos que puedan ser solicitados para obtener dicha información; y,
- Obtener para uso o divulgación cualquiera de mi información de salud protegida y para ejecutar cualquier autorización apropiada para el uso o divulgación de mi información de salud protegida.

### LIMITACIONES DE AUTORIDAD

Los poderes del agente en este documento estarán limitados en la medida establecida por escrito en este Poder Legal Duradero para las Decisiones de Atención Médica, y no incluye el poder de revocar o invalidar cualquier declaración existente o subsecuente hecha de acuerdo con la Ley de Muerte Natural de Kansas o un testamento en vida de derecho común.

### TIEMPO DE EFECTIVIDAD

Este Poder Legal Duradero para las Decisiones de Atención Médica entrará en vigor y se podrá ejercer a partir de la ejecución de este documento.

## AGENTE SUBSTITUTO

Si la persona designada arriba (Agente #1) cesa de actuar como mi agente debido a la falta de disponibilidad, muerte, renuncia, remoción, discapacidad o incapacidad (según lo determinado por un médico con licencia), designo a la siguiente persona para actuar como mi agente sustituto, con los mismos poderes otorgados al agente originalmente designado. Mi agente puede designarme un agente sustituto para hacer y realizar todas y cada una de las acciones que he autorizado a mi agente de nombramiento a realizar en virtud del presente, mediante la ejecución de un instrumento reconocido que se refiera al poder de sustitución a continuación, nombrando a dicho agente sustituto.

Agente 2: Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Agente 3: Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

## GUARDIÁN

Si se inician procedimiento de protección a causa de mi discapacidad o incapacidad, por la presente nomino a la corte el agente nombrado anteriormente o el agente sustituto a ser mi guardián.

## REVOCACIÓN

Por la presente se revoca cualquier Poder Legal Duradero para las Decisiones de Atención Médica que he tomado anteriormente. Este Poder Legal Duradero para las Decisiones de Atención Medica se revocará mediante un instrumento por escrito firmado y reconocido de la misma manera que se requiere en este documento.

## FIRMA

Firmado el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

ESTADO DE KANSAS, DISTRITO DE SALINA, SS:

Este instrumento fue reconocido ante mí el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_,  
por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

Mi cita vence: