

## Poder legal duradero para atención de la salud

Yo, \_\_\_\_\_, domiciliado en el Estado de Washington, designo a \_\_\_\_\_ como mi apoderado, para actuar por mí en la toma de decisiones de atención de la salud si yo quedara incapacitado. Por la presente revoco todos los poderes legales para atención de la salud otorgados previamente por mí.

1. Apoderado alternativo. Si por cualquier motivo \_\_\_\_\_ no puede o deja de actuar, designo a \_\_\_\_\_, luego a \_\_\_\_\_ como apoderados alternativos, para la función indicada. Un apoderado podría renunciar por medio de la entrega de un aviso por escrito para tal efecto, en un formulario registrable, a ser apoderado alternativo, sucesor o adjunto. En el presente Poder Legal, el "apoderado" significa el apoderado actuante de ese momento.

2. Poder para tomar decisiones de atención de la salud. Mi apoderado tendrá el derecho de tomar decisiones, y de otorgar consentimiento informado en representación mía, en cuanto a mi atención de la salud. Esta facultad deberá incluir, pero sin limitarse a, consentimiento para la negación o renuncia a un tratamiento para mantener con vida, incluyendo\*/pero sin incluir\* nutrición e hidratación provista artificialmente, en caso que (1) fuera diagnosticado, por escrito, por mi médico a cargo, con una condición terminal (condición sin cura e irreversible provocada por una lesión, dolencia o enfermedad, la cual dentro de una opinión médica razonable provocaría la muerte en un período de tiempo razonable de conformidad con los estándares médicos aceptados) o (2) padeciera de una condición de inconsciencia permanente (condición sin cura e irreversible en la cual una evaluación médica realizada por dos médicos dentro de una opinión médica razonable determina que no existe probabilidad razonable de recuperación por un coma irreversible o estado vegetativo persistente) y donde la aplicación de un tratamiento para mantener vivo serviría únicamente para prolongar artificialmente el proceso de muerte. Otorgo esta facultad con la intención de que será respetada por mi apoderado para que se me permita morir de manera natural.

\* (tachar una)

3. Vigencia. El presente Poder Legal se hará efectivo con mi incapacidad. La incapacidad deberá incluir la imposibilidad de tomar decisiones de atención de la salud de manera efectiva por razones como ser enfermedad mental, deficiencia mental, incompetencia, enfermedad o discapacidad física, consumo crónico de drogas o intoxicación crónica. La incapacidad podría ser determinada (i) por orden judicial o (ii) por un médico calificado regularmente a cargo, cuya declaración jurada en un formulario registrable para tal efecto sería concluyente para la incapacidad. Se podría confiar en una declaración jurada efectuada como se describe en el presente sin investigación por parte de cualquier persona que esté tratando con el apoderado.

4. Duración. El presente Poder Legal se hace efectivo según se dispone en la Sección 3 y deberá permanecer en efecto con su máximo alcance permitido por el Capítulo 11.94 del Código Revisado de Washington, o hasta su revocación o terminación conforme lo dispuesto en la Sección 5 ó 6.

5. Revocación. El presente Poder Legal podría ser revocado, suspendido o terminado por medio de un aviso por escrito de mi parte para el apoderado designado y, en caso de que el presente poder hubiera sido registrado, por medio del registro del aviso a la oficina donde se registran las escrituras de bienes inmuebles ubicados en el Condado de \_\_\_\_\_, Washington.

6. Terminación. En caso de designarse un tutor para mi persona podría, con la aprobación de la corte, revocar, suspender o terminar el presente Poder Legal.

7. Confianza. Toda persona que trate con el apoderado deberá tener derecho a confiar en el presente Poder Legal siempre que la persona con quien el apoderado estaba tratando, al momento de tomar cualquier acción de conformidad con el presente Poder Legal, no tenía conocimiento real ni aviso por escrito de ninguna revocación, suspensión o terminación del presente Poder Legal. Por lo tanto toda acción tomada, a menos que, de otra manera, sea invalidada o inaplicable, deberá ser vinculante sobre mis herederos, legatarios de bienes raíces, asignatarios o representantes personales.

8. Compensación. Mi patrimonio deberá permanecer indemne y librar de responsabilidad al apoderado por toda responsabilidad por actos u omisiones realizadas de buena fe.

9. Ley aplicable. El presente Poder Legal deberá regirse por las leyes internas del Estado de Washington.

10. Ejecución. El presente Poder Legal se firma por duplicado a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_, para hacerse efectivo según lo dispuesto en la Sección 3.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

Notarización, de ser necesario:

ESTADO DE WASHINGTON     )  
  ) ss.  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

Certifico que conozco o poseo evidencia satisfactoria de que \_\_\_\_\_ firmó el presente instrumento y reconoció que lo hizo en un acto libre y voluntario para los usos y propósitos mencionados en el instrumento.

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

(Sello)

\_\_\_\_\_  
Notario Público en y para el Estado de  
Washington, que reside en \_\_\_\_\_  
Mi designación expira el \_\_\_\_\_

(A pesar de que no existe un requerimiento estatutario para atestiguar o legalizar con notario el presente formulario de Poder Legal Duradero, se recomienda enérgicamente que siempre haya dos testigos y que dichos testigos sean personas calificadas como testigos para una Directiva de Atención de la Salud, de manera que el Poder Legal Duradero sea válido por sí solo como una Directiva bajo la Ley de Muerte Natural en caso de que el signatario no cuente con una Directiva por separado. Asimismo, si el formulario de Poder Legal Duradero utilizado es más amplio que el presente formulario e incluye el manejo de los asuntos relacionados con las propiedades y negocios del paciente además de la atención de la salud, debería ser siempre legalizado con notario, haya o no testigos. La atestiguación y/o notarización también es importante como evidencia para ayudar a confirmar la competencia del paciente y ayudar a garantizar que los deseos del mismo sean llevados a cabo en caso de que miembros de la familia u otras personas se opongan fundamentando que el paciente no comprendía lo que estaba haciendo cuando firmó el documento.)