

# Poder Notarial Duradero

(Durable power of attorney)

## **Author**

Northwest Justice Project

## **Last Review Date**

October 17, 2024

Un formulario de poder notarial permite que usted seleccione a un amigo o pariente de confianza para que le ayude con sus decisiones sobre sus finanzas y/o atención de la salud. (Formularios e Instrucciones)

### **Fill out forms online**

- [Durable Power of Attorney \(Finances and/or Health Care\)](#)

Form attached:

**Poder Notarial Duradero para la Salud** (NJP Planning 501 ES)

Form attached:

**Poder Notarial Duradero para Finanzas** (NJP Planning 500 ES)

## **¿Qué es un poder notarial?**

Un formulario de poder notarial permite que usted seleccione a un amigo o pariente de confianza para que le ayude con sus decisiones sobre sus finanzas y/o atención de la salud. Después de que usted lo firme, la persona que usted seleccione llevará el poder notarial a sus proveedores médicos, banco, escuela y otros lugares para tomar decisiones y firmar contratos tal como si fuera usted.

El amigo o pariente de confianza que usted seleccione para ayudarlo con sus decisiones sobre finanzas y/o atención de la salud se llama su “representante”.

Un poder notarial es “duradero” si dice que su representante puede usarlo incluso si usted se enferma o se lesiona y no puede tomar decisiones por sí mismo(a).

## ¿Necesito firmar mi poder notarial delante de un notario?

Debería firmar sus formularios de Poder Notarial Duradero ante notario. Si no puede encontrar un notario, puede firmarlo ante dos testigos "desinteresados". Sin embargo, se prefiere la notarización, especialmente para un Poder Notarial Duradero para Finanzas.

## ¿Qué debo hacer después de firmarlo?

Después de firmar sus formularios, haga 2 copias. Dele el formulario original a su representante, dele una copia a su representante suplente y conserve la segunda copia para usted.

## ¿Puedo cambiar mi poder notarial y elegir un nuevo representante?

Sí. Usted puede cancelar (puede revocar) su poder notarial en cualquier momento mediante aviso por escrito a su representante.

Después de revocar su poder notarial antiguo, puede firmar un formulario de poder notarial nuevo para seleccionar a un representante diferente. En su nuevo poder, asegúrese de decir que todos los poderes notariales anteriores quedan revocados.

## ¿Y si el banco no quiere aceptar mi formulario de poder notarial?

A veces, un banco u otro negocio le dirá a su representante que no aceptará su formulario de poder. Hay 2 motivos comunes por los que esto puede ocurrir:

1. **Formulario no notarizado.** La ley de Washington dice que su formulario de poder notarial es válido cuando lo firme ante notario **o** ante dos testigos desinteresados. Pero algunos bancos u otros negocios insisten en que **tiene** que estar notarizado. Usted puede firmar un nuevo formulario ante notario. Pero su representante también puede pedir hablar con el departamento legal de la institución y referirles al Código Revisado de Washington (RCW) 11.125.050 (<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>). Si su formulario fue debidamente atestiguado por dos testigos desinteresados en lugar de ser notarizado, el formulario sigue siendo válido según la ley de Washington. Su banco **debería** aceptarlo.
2. **No es el formulario "correcto".** Los formularios de poder notarial en esta página son válidos conforme a la ley de Washington, pero algunos bancos y otros negocios quieren que use el formulario de *ellos*. Si un banco u otro negocio no acepta el formulario de poder notarial suyo, su representante puede pedir ponerse en contacto con el departamento legal de la institución

y referirles a las leyes RCW 11.125.050  
(<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>) y RCW  
11.125.200(3)(a)  
(<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.200>).

**A los representantes se les puede pedir una certificación.** El banco puede decir que solo aceptará el poder notarial si el representante firma una declaración de "certificación" que confirme que el poder notarial es válido. Esto es legal. Sin embargo, si el banco quiere una declaración de certificación, tiene que pedirla dentro del plazo de 7 días del día en que usted les entregue el poder notarial. Solo el representante tiene que firmar la declaración de certificación.

Trate de obtener ayuda legal si un banco o institución está negándose a aceptar el formulario de poder suyo o está exigiendo que use el de ellos.

**WashingtonLawHelp.org** gives general information. It is not legal advice. Find organizations that provide free legal help on our [Get legal help](#) page.

## Poder Notarial Duradero para la Salud

Mi nombre es \_\_\_\_\_.

Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.

### 1. Representante. Selecciono a (*nombre*):

\_\_\_\_\_  
como mi Representante con plena autoridad para administrar la atención de mi salud.

- ☐ **Suplente.** Si el Representante arriba mencionado no puede o no está dispuesto a actuar, selecciono a (*nombre*):

\_\_\_\_\_  
como mi Representante con plena autoridad para administrar la atención de mi salud.

- ☐ **Segundo suplente.** Si tanto el representante como el suplente arriba nombrados no pueden o no quieren actuar, selecciono a (*nombre*):

\_\_\_\_\_  
como mi Representante con plena autoridad para administrar la atención de mi salud.

2. **Mis derechos.** Me reservo el derecho de tomar decisiones sobre la atención de mi salud por mí mismo(a) mientras sea capaz de hacerlo.
3. **Duradero.** Mi Representante puede usar este poder notarial para administrar mis asuntos aun si yo me enfermo o me lesiono y no puedo tomar decisiones por mí mismo(a). Mi discapacidad no afectará este poder notarial.
4. **Fecha de Inicio.** Este poder notarial entra en vigencia el día que yo lo firme.
5. **Fecha de Fin.** Este poder notarial vence si yo lo revoco o cuando yo muera. Si mi cónyuge o pareja doméstica es mi Representante, este poder notarial vence si cualquiera de nosotros presenta una petición de divorcio en el juzgado.

## Durable Power of Attorney for Health Care

My name is \_\_\_\_\_.

My birth date is \_\_\_\_\_.

### Agent. I choose (*name*):

\_\_\_\_\_  
as my Agent with full authority to manage my health care.

**Alternate.** If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose (*name*):

\_\_\_\_\_  
as my Agent with full authority to manage my health care.

**2nd Alternate.** If both the agent and alternate named above are unable or unwilling to act, I choose (*name*):

\_\_\_\_\_  
as my Agent with full authority to manage my health care.

**My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself if I am capable.

**Durable.** My Agent can use this power of attorney to manage my affairs even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. My disability will not affect this power of attorney.

**Start Date.** This power of attorney is effective on the day I sign it.

**End Date.** This power of attorney will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney will end if either of us files for divorce in court.

**6. Revocación.** Revoco cualquier documento de poder notarial para la salud que haya firmado en el pasado. Comprendo que puedo revocar este poder notarial en cualquier momento dando aviso escrito de la revocación a mi Representante.)

**7. Poderes.** Mi Representante tendrá plenos poderes y autoridad para hacer todo tan plena y efectivamente como yo podría hacerlo por mí mismo(a), incluyendo, entre otros, poder para:

- ✓ Tomar decisiones sobre la atención de mi salud y dar consentimiento informado para la atención de mi salud
- ✓ Rehúsar y retirar consentimiento para la atención de mi salud
- ✓ Emplear y despedir a mis proveedores de salud
- ✓ Aplicar y consentir a mi admisión a un establecimiento médico, de enfermería, residencial, o algún otro establecimiento similar que **no** sea una institución para el tratamiento de salud mental
- ✓ Servir como mi representante personal para todo fin en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), según sea enmendada
- ✓ Visitar me en cualquier hospital u otro establecimiento médico donde yo resida o reciba tratamiento

**8. Beneficios del Gobierno.** Mi Representante tendrá pleno poder y autoridad para tramitar y administrar todos los beneficios del gobierno en mi nombre, lo que incluye pero no se limita a firmar y autorizar solicitudes, contratos, acuerdos continuos de revisión de elegibilidad y planes de atención para beneficios y servicios federales y estatales en efectivo, alimentos, médicos, de vivienda y de atención por un largo plazo.

**Revocation.** I revoke any other power of attorney for health care documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

**Powers.** My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including, but not limited to, the power to:

- ✓ Make health care decisions and give informed consent to my health care
- ✓ Refuse and withdraw consent to my health care
- ✓ Employ and discharge my health care providers
- ✓ Apply for and consent to my admission to a medical, nursing, residential, or other similar facility that is **not** a mental health treatment facility
- ✓ Serve as my personal representative for all purposes under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, as amended
- ✓ Visit me at any hospital or other medical facility where I reside or receive treatment

**Government Benefits.** My Agent shall have full power and authority to arrange for and manage all government benefits on my behalf, including but not limited to signing and consenting to applications, contracts, ongoing eligibility review agreements, and care plans for federal and state cash, food, medical, housing, and long-term care benefits and services.

**9. Tratamiento de Salud Mental.** Mi Representante **no** está autorizado para gestionar mi reclusión o internación en un establecimiento para el tratamiento de la salud mental. Mi Representante **no** está autorizado a consentir a terapia electroconvulsiva, psicocirugía, o algún otro procedimiento psiquiátrico o de salud mental que restrinja la libertad física de movimiento.

**10. Contabilidad.** Mi Representante debe mantener registros fidedignos de mis asuntos financieros y debe mostrarme esta documentación cuando yo lo pida.

**11. Nominación de Guardián.** Nomino a mi Representante como mi tutor para su consideración por el tribunal si procedimientos de tutela llegarán a ser necesarios.

**12. Autorización de HIPAA.** Autorizo a mis proveedores de salud a compartir toda la información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) con mi Representante.

**Mental Health Treatment.** My Agent is **not** authorized to arrange for my commitment to or placement in a mental health treatment facility. My Agent is **not** authorized to consent to electroconvulsive therapy, psychosurgery, or other psychiatric or mental health procedures that restrict physical freedom of movement.

**Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these records to me at my request.

**Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.

**HIPAA Release.** I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my Agent.

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

►  
\_\_\_\_\_  
Mi firma (ante notario o testigos)

← Date

← My signature (in front of a notary or witnesses)

### Notarización (Notarization)

State of Washington (*Estado de Washington*)

County of (*Condado de*) \_\_\_\_\_

This document was acknowledged before me on (*date*) \_\_\_\_\_

*Este documento fue reconocido ante mí el (fecha)*

by (*name*) / por (*nombre*) \_\_\_\_\_.

►  
\_\_\_\_\_  
Signature of Notary (*Firma de Notario*)  
Notary Public for the State of Washington.  
(*Notario Público para el Estado de Washington.*)

My commission expires (*Mi comisión vence*)  
\_\_\_\_\_

**Declaración de los testigos  
(solo si no puede encontrar un notario)**

El (*fecha*) \_\_\_\_\_,

(*nombre*) \_\_\_\_\_ firmó este  
Poder Notarial Duradero en mi presencia. Acepté  
presenciar su firma a pedido suyo.

- No estoy emparentado con esta persona por sangre,  
matrimonio o unión de hecho registrada en el estado.
- No cuido a esta persona en su hogar ni en un centro  
de atención a largo plazo.

**Testigo 1**



\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Testigo 2**



\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Statement of Witnesses  
(only if you cannot find a notary)**

On (*date*) \_\_\_\_\_,

(*name*) \_\_\_\_\_  
signed this Durable Power of Attorney in my  
presence. I agreed to witness their signature  
at their request.

I am not related to this person by blood,  
marriage, or state registered domestic  
partnership.

I do not provide care for this person at home  
or in a long-term care facility.

**Witness 1**

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

**Witness 2**

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

## Poder Notarial Duradero para la Salud

### Anexo: Información de contacto

## Durable Power of Attorney for Health Care

### Attachment: Contact Info

#### Mi información

Mi nombre \_\_\_\_\_

Mi fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Mi número de teléfono \_\_\_\_\_

Mi dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Mi dirección de correo postal \_\_\_\_\_

Mi proveedor médico de atención primaria

#### My information

My name

My date of birth

My phone number

My email address

My mailing address

My primary care medical provider

#### Poder notarial

Tengo un **Poder Notarial Duradero** que permite a otra persona (mi "representante") tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo.

#### Power of attorney

I have a **Durable Power of Attorney** that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

#### Mi representante para la atención de la salud

El nombre del representante \_\_\_\_\_

La relación o parentesco de mi representante conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)

El número de teléfono de mi representante \_\_\_\_\_

La dirección de correo electrónico de mi representante

#### My health care agent

Agent's name

Agent's relationship to me  
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Agent's phone number

Agent's email address

#### Mi representante suplente para la atención de la salud (si lo hay)

Nombre del representante suplente \_\_\_\_\_

La relación o parentesco de mi representante suplente conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)

El número de teléfono de mi representante suplente \_\_\_\_\_

La dirección de correo electrónico de mi representante suplente

#### My alternate health care agent (if any)

Alternate agent's name

Alternate agent's relationship to me  
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Alternate agent's phone number

Alternate agent's email address



**Mi segundo representante suplente para la atención de la salud (si lo hay)**

Nombre del segundo suplente \_\_\_\_\_

La relación o parentesco de mi representante suplente conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)  
\_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi representante suplente \_\_\_\_\_

La dirección de correo electrónico de mi representante suplente  
\_\_\_\_\_**My 2nd alternate health care agent (if any)**

2nd alternate's name

2<sup>nd</sup> alternate's relationship to me  
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)2<sup>nd</sup> alternate's phone number2<sup>nd</sup> alternate's email address

## Poder Notarial Duradero para Finanzas

Mi nombre es \_\_\_\_\_.

Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.

### 1. Representante. Selecciono a (*nombre*):

\_\_\_\_\_ como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.

- ☐ **Suplente.** Si el Representante arriba mencionado no puede o no está dispuesto a actuar, selecciono a (*nombre*):

\_\_\_\_\_ como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.

- ☐ **Segundo Suplente.** Si tanto el representante como el suplente arriba nombrados no pueden o no quieren actuar, selecciono a (*nombre*):

\_\_\_\_\_ como mi Representante con plena autoridad para administrar mis finanzas.

### 2. Mis derechos. Me reservo el derecho de tomar decisiones financieras por mí mismo(a) mientras sea capaz de hacerlo.

### 3. Duradero. Mi Representante puede usar este poder notarial para administrar mis finanzas aun si yo me enfermo o me lesiono y no puedo tomar decisiones por mí mismo. Mi discapacidad no afectará este poder notarial.

### 4. Fecha de Inicio. Este poder notarial entra en vigencia: (*marcar uno*)

- ☐ Inmediatamente
- ☐ Solamente si mi proveedor médico firma una carta diciendo que no puedo tomar decisiones por mí mismo(a).

## Durable Power of Attorney for Finances

My name is \_\_\_\_\_.

My birth date is \_\_\_\_\_.

### Agent. I choose (*name*):

\_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my finances.

**Alternate.** If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose (*name*):

\_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my finances.

**2<sup>nd</sup> Alternate.** If both the agent and alternate named above are unable or unwilling to act, I choose (*name*):

\_\_\_\_\_ as my Agent with full authority to manage my finances.

**My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself if I am capable.

**Durable.** My Agent can use this power of attorney to manage my finances even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. My disability will not affect this power of attorney.

**Start Date.** This power of attorney is effective: (*check one*)

Immediately

Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.

**5. Fecha de Fin.** Este poder notarial vence si yo lo revoco o cuando yo muera. Si mi cónyuge o pareja doméstica es mi Representante, este poder notarial vence si cualquiera de nosotros presenta una petición de divorcio en el juzgado.

**6. Revocación.** Revoco cualquier documento de poder notarial para finanzas que haya firmado en el pasado. Comprendo que puedo revocar este poder notarial en cualquier momento dando aviso escrito de la revocación a mi Representante.

**7. Poderes.** Mi Representante tendrá plenos poderes y autoridad para hacer cualquier cosa tan plena y efectivamente como yo podría hacerlo por mí mismo(a), incluyendo, entre otros, poder para:

- ✓ Hacer depósitos a, y pagos desde, cualquier cuenta a mi nombre en cualquier institución financiera
- ✓ Abrir y retirar artículos de cualquier caja de seguridad a mi nombre
- ✓ Vender, intercambiar, o transferir títulos de acciones, bonos, u otros valores,
- ✓ Vender, traspasar, o gravar cualquier bien mueble o inmueble
- ✓ Solicitar y administrar beneficios del gobierno, incluyendo Medicaid

**8. Poderes especiales.** Mi Representante también tendrá los siguientes poderes:

- ☐ sí ☐ no Hacer regalos de mi dinero o propiedad
- ☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar mis derechos de supervivencia
- ☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar designaciones de beneficiarios
- ☐ sí ☐ no Renunciar a mi derecho a ser el beneficiario de un plan de anualidad o jubilación

**End Date.** This power of attorney will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney will end if either of us files for divorce in court.

**Revocation.** I revoke any power of attorney for finances documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

**Powers.** My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including, but not limited to, the power to:

- ✓ Make deposits to, and payments from, any account in my name in any financial institution
- ✓ Open and remove items from any safe deposit box in my name
- ✓ Sell, exchange, or transfer title to stocks, bonds, or other securities
- ✓ Sell, convey, or encumber any real or personal property
- ✓ Apply for and manage governmental benefits, including Medicaid

**Special Powers.** My agent shall also have the following powers:

- Yes / No Give gifts of my money or property
- Yes / No Create, change, or cancel my rights of survivorship
- Yes / No Create, change, or cancel beneficiary designations
- Yes / No Give up my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan

☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar un fideicomiso

☐ sí ☐ no Decir a un fideicomisario que haga distribuciones de un fideicomiso tal como yo podría

☐ sí ☐ no Crear, cambiar o cancelar un convenio de bienes en comunidad

☐ sí ☐ no Dar facultades otorgadas en este documento a otra persona

**9. Contabilidad.** Mi Representante debe mantener registros fidedignos de mis finanzas y debe mostrarme esta documentación cuando yo lo pida.

**10. Nominación de Guardián o Conservador.** Nomino a mi Representante como el conservador para su consideración por el tribunal si procedimientos de tutela para la administración de bienes llegarán a ser necesarios.

**11. Autorización de HIPAA.** Autorizo a mis proveedores de salud a compartir toda la información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) con mi Representante.

Yes / No Create, change, or cancel a trust

Yes / No Tell a trustee to make distributions from a trust just as I could

Yes / No Create, change, or cancel a community property agreement

Yes / No Give authority granted in this document to someone else

**Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my finances and show these records to me at my request.

**Nomination of Guardian or Conservator.** I nominate my Agent as the conservator for consideration by the court if conservatorship proceedings become necessary.

**HIPAA Release.** I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my Agent.

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

►  
\_\_\_\_\_  
Mi firma (ante notario)

← Date

← My signature (in front of a notary)

### Notarización (Notarization)

State of Washington (*Estado de Washington*)  
County of (*Condado de*) \_\_\_\_\_

This document was acknowledged before me on (*date*) \_\_\_\_\_  
*Este documento fue reconocido ante mí el (fecha)*  
by (*name*) / por (*nombre*) \_\_\_\_\_.

►  
\_\_\_\_\_  
Signature of Notary (*Firma de Notario*)  
Notary Public for the State of Washington.  
(*Notario Público para el Estado de Washington.*)

My commission expires (*Mi comisión vence*) \_\_\_\_\_