

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

2nd alternate's relationship to me
(Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)2nd alternate's phone number2nd alternate's email address