

Voluntades anticipadas

Testamento vital y poder notarial permanente para asuntos médicos



Documento de voluntades anticipadas

Providence Health Care respeta el derecho que las personas tienen de dar a conocer sus deseos con respecto a su atención médica. Creemos que es importante que las personas dialoguen sobre sus deseos con sus médicos, familiares, amigos cercanos, pastores, abogados u otros profesionales importantes para ellos.

Los hospitales y centros de atención de Providence ofrecen atención médica de alta calidad para todos, con respeto a los valores y la dignidad de cada persona. Providence se guía por principios éticos católicos que nos llaman a respetar el valor sagrado de la vida y a proporcionar cuidados compasivos para las necesidades físicas, espirituales y emocionales de la persona entera.

Haga sus planes por adelantado

A fin de asegurarse de que se cumplan sus deseos si usted llegara a estar incapacitado, debe hacer sus planes por adelantado. Esto también facilita la carga que podría caer sobre su familia al tener que tomar decisiones.

Puede comenzar aprendiendo acerca de decisiones de atención médica que usted podría enfrentar y aclarando sus propios pensamientos y sentimientos.

Luego, decida qué tipo de atención médica quisiera recibir si estuviera incapacitado. ¿Bajo qué circunstancias quisiera o no quisiera usted que se prolongara su vida? ¿Hay procedimientos médicos que usted quisiera recibir o rechazar? ¿Quién quisiera usted que tomara decisiones en su nombre? ¿Qué cosas deberían tomar en consideración al tomar esas decisiones?

Después de que decida acerca de los tratamientos, hay varias maneras de dar a conocer sus preferencias en caso de que usted no pueda expresarlas. Lo más importante que puede hacer es hablar con las personas que podrían tomar decisiones por usted. Puede expresar sus deseos por escrito al crear voluntades anticipadas tales como un Testamento vital, un Poder notarial permanente para asuntos médicos o una tarjeta de donante de órganos, y al colaborar con su médico para llenar un formulario de Órdenes del médico para tratamiento con procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*, POLST).

¿Qué son las voluntades anticipadas?

Las voluntades anticipadas son documentos que le permiten especificar la clase de atención médica que usted desea recibir al final de su vida.

El primer tipo de voluntades anticipadas se denomina *Documento de voluntades anticipadas* pero comúnmente se le conoce como un *Testamento vital*.

El segundo tipo de voluntades anticipadas se denomina *Poder notarial permanente para asuntos médicos*.

Sus deseos no necesariamente necesitan estar documentados en un formulario de voluntades anticipadas. Su médico puede documentarlos en el expediente médico.

Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)

¿Qué es un Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

Un Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital) es un formulario que usted usa para explicar qué es lo que quiere y/o lo que no quiere con respecto a su atención médica. Este documento de voluntades anticipadas entra en vigor si su vida se encuentra en un estado terminal (diagnosticado por escrito por el médico que lo atiende) o si se encuentra en un estado inconsciente permanente (diagnosticado por escrito por dos médicos) y no tiene la capacidad para comunicarse.

¿Qué significa un "estado terminal"?

Un estado terminal es un estado incurable o irreversible, causado por una enfermedad, lesión o afección, en el que los procedimientos médicos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados solamente pospondrían artificialmente el momento de muerte.

Si usted llegara a estar incapacitado, su médico hablará con su familia u otras personas, o consultará las instrucciones escritas que usted ha preparado, para determinar qué tratamiento quisiera usted recibir o cuál sea el mejor para su mayor beneficio.

¿Es necesario certificar ante notario el Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

No. Sin embargo, para tener validez, el documento debe firmarse y fecharse en la presencia de dos testigos que también deben firmar el documento.

¿Puede cualquier persona ser testigo en el Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

No. Los dos testigos **no** deben ser:

- Sus parientes consanguíneos ni parientes por matrimonio o adopción.
- Su médico o un empleado de su médico.

- Herederos de sus bienes o dinero en caso de su muerte.
- Un empleado del centro de atención médica donde usted sea un paciente o residente.
- Personas a quienes usted debe dinero.

¿Es difícil preparar un Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

No. Se le proporciona un formulario gratuito en este paquete. Para poder llenar este formulario, debe tener por lo menos 18 años de edad y estar en plenas facultades mentales. También debe firmar este formulario en la presencia de dos testigos. Este formulario le brinda una buena oportunidad para dialogar con miembros de la comunidad médica, con su familia y amigos sobre lo que usted quiera y no quiera cuando su vida se aproxime a su fin.

Preparé un Testamento vital hace algún tiempo en otro estado. ¿Es válido todavía?

Sí. Siempre y cuando cumpla con los requisitos de la ley del estado de Washington, éste continúa teniendo vigencia. Asegúrese de tener una copia.

¿Puedo cambiar de opinión después de haber preparado un Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

Sí. Usted puede cambiar en cualquier momento un Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital). Para cancelar sus voluntades anticipadas, debe informar de su intención al médico que lo atiende. Además de informar al médico que lo atiende, también puede cancelar las voluntades anticipadas al destruir ese documento o al pedirle a alguien más que lo destruya en su presencia o al firmar y fechar una cancelación por escrito.

¿Puede obligarme alguien a preparar un Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

No.

¿Dónde debo guardar mi Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital)?

Haga varias copias de su Documento de voluntades anticipadas (Testamento vital). Guarde una copia en su casa y distribuya las otras a cada una de las siguientes personas:

- Su médico.
- Su proveedor de atención médica (hospital, residencia de ancianos, etc.).
- La persona designada con su poder notarial permanente para asuntos médicos.
- Miembros de su familia y/o amigos en quienes puede confiar.
- Para más información o para inscribirse, visite el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Washington en www.doh.wa.gov/livingwill

Poder notarial permanente

¿Qué es un poder notarial permanente para asuntos médicos?

Un poder notarial permanente para asuntos médicos es un formulario que usted usa para nombrar a una persona (denominada "representante") que tomará decisiones médicas en nombre de usted, si llegara a perder la capacidad para hacerlo por sí mismo. En este documento, usted también declara qué tipo de decisiones médicas usted desea.

¿Es necesario certificar ante notario el Poder notarial permanente para asuntos médicos?

No. Por ley, el Poder notarial permanente para asuntos médicos no necesita ser certificado ante notario; sin embargo, es algo sumamente recomendado.

¿Es difícil preparar un Poder notarial permanente para asuntos médicos?

No. Se le proporciona un formulario gratuito en este paquete. Para poder llenar este formulario, debe tener por lo menos 18 años de edad y estar en plenas facultades mentales. Es sumamente

recomendado que certifique este documento ante notario. Este formulario le brinda una buena oportunidad para dialogar con miembros de la comunidad médica, con su familia y amigos sobre lo que usted quiera y no quiera cuando su vida se aproxime a su fin.

¿Puedo cambiar de opinión después de haber preparado un Poder notarial permanente para asuntos médicos?

Sí. Usted puede cambiar un Poder notarial permanente para asuntos médicos en cualquier momento si tiene la capacidad para hacerlo. Para cancelar su formulario, debe informar de su intención al médico que lo atiende. Además, necesita informar de ello a la persona que eligió como su representante.

Preparé un Poder notarial permanente para asuntos médicos hace algún tiempo en otro estado. ¿Es válido todavía?

Sí. Siempre y cuando cumpla con los requisitos de la ley del estado de Washington, éste continúa teniendo vigencia.

¿Me puede obligar alguien a preparar un Poder notarial permanente para asuntos médicos?

No.

¿Dónde debería guardar mi Poder notarial permanente para asuntos médicos?

Haga varias copias de su Poder notarial permanente para asuntos médicos. Guarde una copia usted mismo en su casa y distribuya las otras a cada una de las siguientes personas:

- Su médico.
- Su proveedor de atención médica (hospital, residencia de ancianos, etc.).
- Su abogado (si lo hubiera).
- Su representante y representantes sustitutos para asuntos médicos (las personas que usted elige para tomar decisiones por usted).
- Miembros de su familia y/o amigos en quienes puede confiar.

¿Qué debo recordar cuando prepare un Poder notarial permanente para asuntos médicos?

Elija a alguien en quien confíe para ser su representante. También es recomendable que elija a representantes sustitutos en caso de que su representante principal no esté disponible. Asegúrese de informar a esa persona de confianza exactamente qué es lo que usted quiere y lo que no quiere con respecto a su atención médica.

¿Quién puede ser mi representante en un Poder notarial permanente para asuntos médicos?

Su representante debe tener por lo menos 18 años de edad y puede ser un miembro de su familia nuclear, otro pariente, un amigo cercano o alguna otra persona de confianza.

¿Quién no puede ser mi representante en un Poder notarial permanente para asuntos médicos?

- Su médico o un empleado de su médico.
- Un administrador, propietario o empleado del centro de atención médica donde usted es un paciente o un residente. (No obstante, si alguna de estas personas es su cónyuge, uno de sus hijos mayores de edad, uno de sus padres o hermanos, entonces sí puede ser su representante).

En el estado de Washington, ¿hay algún orden de prioridad para la toma de decisiones en nombre de un paciente o residente incapacitado?

Sí. De conformidad con las leyes del estado de Washington sobre el consentimiento con conocimiento de causa (consentimiento informado), el orden decreciente de prioridad para ser la persona que toma las decisiones en nombre de un paciente o residente incapacitado es el siguiente:

- Un tutor designado por el tribunal para el paciente (si lo hubiera).
- La persona (si la hubiera) a quien el paciente o residente ha otorgado el Poder notarial permanente para asuntos médicos.
- El cónyuge o pareja en unión de hecho legal del paciente o residente.
- Los hijos (de por lo menos 18 años de edad) del paciente o residente, si todos están de acuerdo en una decisión.
- Los padres del paciente o residente, si todos están de acuerdo en una decisión.
- Los hermanos del paciente o residente que tengan la mayoría de edad, si todos están de acuerdo en una decisión.



Tarjeta de donante de órganos

Si usted decide donar sus órganos, debería tomar pasos para registrar esa decisión. También debería dialogar sobre su decisión con su médico, sus familiares y amigos para que ellos entiendan su preferencia porque, incluso si usted tiene un documento legal de donante, si su pariente más cercano se opone, eso podría causar una demora que haga que la donación sea imposible.

¿Quién puede ser un donante de órganos?

Las personas de todas las edades deberían considerarse a sí mismas posibles donantes de órganos y tejidos. El estado de sus órganos es más importante que la edad. Los médicos examinarán sus órganos y determinarán si éstos son aptos o no para donación en caso de que se presentara la situación. Si usted es menor de 18 años de edad, necesitará el permiso de uno de sus padres o un tutor para donar.

¿Qué órganos pueden donarse?

Pueden usarse muchos órganos y tejidos, entre ellos, los ojos, los riñones, el corazón, las válvulas cardíacas, el hígado, los huesos, el páncreas, los pulmones y la piel. Pueden usarse órganos sólidos tales como los riñones y el corazón de gente de hasta 75 años de edad. Pueden usarse tejidos tales como los huesos y la piel de gente de entre 12 y 65 años de edad. No hay límites de edad para donaciones de ojos y córneas.

¿Cómo puedo llegar a ser un donante de órganos?

En el estado de Washington, puede inscribirse para convertirse en un donante de órganos registrándose en donatelifetoday.org

También puede:

- Declarar su deseo en su licencia de conducir.
- Incluir la donación en sus voluntades anticipadas, testamento y testamento vital.
- Informar de ello a su familia. Ellos pueden ser sus defensores si usted llegara a convertirse en un posible donante.
- Informar de ello a su médico, líder religioso y amigos.
- Llenar una tarjeta de donante de órganos y llevarla en su cartera. Puede descargar una tarjeta de donante de órganos del sitio web de OrganDonor.gov o llamar al 1-800-ASK-HRSA (1-800-275-4772) para obtener más información.

(Las personas que deseen donar su cuerpo entero para propósitos de enseñanza o investigación, en vez de para el trasplante de órganos, deben encargarse de

los preparativos por adelantado con la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. Llame al (206) 543-1860 para recibir más información).

Formulario de Órdenes del médico para tratamiento con procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados (POLST)

Si tiene una enfermedad o afección grave o espera recibir tratamiento en un centro de atención médica o residencia de ancianos, usted necesita tomar decisiones acerca del tratamiento con procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados. Su médico puede utilizar el formulario POLST para representar sus deseos como órdenes médicas claras y específicas.

Usted y su médico pueden utilizar el formulario POLST para ayudarlo a dialogar y elaborar planes con respecto a sus preferencias de RCP (reanimación cardiopulmonar), el tratamiento de ciertas enfermedades específicas, el uso de antibióticos y de líquidos y sustancias nutritivas administrados artificialmente. Usted y su médico pueden llenar todo el formulario POLST o sólo la parte del formulario que trata sobre la RCP si así lo prefiere.

El formulario POLST está diseñado para que usted lo lleve consigo independientemente de si se encuentra en casa, en una ambulancia, en un hospital o centro de atención médica a largo plazo.

El formulario POLST debe estar firmado por su médico para que sea válido. Usted también debe firmar el formulario. Si usted es el representante designado para asuntos médicos de alguien que ya no puede expresar sus propios deseos, el médico puede llenar el formulario POLST basándose en el entendimiento que usted tenga de los deseos de su ser querido.

El formulario POLST no es un documento de voluntades anticipadas y no se usa para nombrar a un representante que hablará por usted en caso de que no pueda hablar por sí mismo. Usted todavía necesitará un documento de voluntades anticipadas (Poder notarial permanente para asuntos médicos) para nombrar a un representante.

El formulario POLST está diseñado para aquellas personas que tienen enfermedades terminales avanzadas que, en su estado actual, saben que quieren o no quieren recibir un tratamiento específico para prolongar su vida la próxima vez que tengan una emergencia médica.

Hoja de ejercicio sobre valores

Las siguientes son preguntas para ayudarlo a pensar a medida que tome decisiones y prepare documentos para sus deseos de atención médica. Le recomendamos que anote sus respuestas y que dé copias de ellas a sus familiares y proveedores de atención médica o que simplemente use las preguntas para reflexión y diálogo.

(a) ¿Qué tan importante es para usted lo siguiente?

	Muy importante		→	No es importante	
Dejar que la naturaleza tome su curso	4	3	2	1	0
Conservar mi calidad de vida	4	3	2	1	0
Permanecer fiel a mis creencias espirituales y tradiciones	4	3	2	1	0
Vivir el mayor tiempo posible, independientemente de la calidad de vida	4	3	2	1	0
Ser independiente	4	3	2	1	0
Sentirme cómodo y sin dolor en la máxima medida posible	4	3	2	1	0
Dejar buenos recuerdos para la familia y los amigos	4	3	2	1	0
Hacer una aportación a la investigación o enseñanza médica	4	3	2	1	0
Tener la capacidad de relacionarme con mi familia y amigos	4	3	2	1	0
Estar libre de restricciones físicas	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta y competente	4	3	2	1	0
Poder dejar dinero a la familia, a amigos, a obras de beneficencia	4	3	2	1	0
Morir en un corto tiempo en vez de tener una muerte prolongada	4	3	2	1	0
Evitar atención médica cara	4	3	2	1	0

(b) ¿Qué será importante para usted cuando se esté muriendo (por ejemplo, comodidad física, no tener dolor, la presencia de miembros de su familia, etc.)?

(c) ¿Qué piensa acerca del uso de medidas de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas en caso de una enfermedad terminal (incurable)? ¿Estado de coma permanente? ¿Enfermedad crónica o discapacidad irreversible (p. ej., enfermedad de Alzheimer)?

Continúa al reverso

- (d)** ¿Quiere estar informado siempre sobre la verdad acerca de su estado?
- (e)** ¿Tiene firmes opiniones sobre ciertos tratamientos médicos? Algunos tratamientos sobre los que le recomendamos tomar decisiones incluyen: respiración vía medios mecánicos (respirador mecánico), reanimación cardiopulmonar (RCP), nutrición e hidratación artificial (sustancias nutritivas y líquidos administrados a través de un tubo en las venas, nariz o estómago), antibióticos, diálisis renal, cuidados intensivos en un hospital, medicamentos para el alivio del dolor, quimioterapia o radioterapia y cirugía.
- (f)** ¿Cambiaría su opinión acerca de estos tratamientos dependiendo del estado de su salud o enfermedad y del pronóstico? ¿Quisiera evitar ciertos tratamientos sólo cuando la muerte fuera un hecho o también cuando probablemente usted quedara incapacitado? ¿Quisiera evitar ciertos tratamientos si éstos fueran usados solamente para prolongar el proceso de muerte, pero los aceptaría si éstos le ayudaran a recuperarse o a estar más cómodo?
- (g)** ¿Qué limitaciones en su salud física y mental afectarían a las decisiones de atención médica que usted tomaría?
- (h)** ¿Quiere que se tome en cuenta la opinión de su prometido(a) cuando se tomen decisiones acerca de tratamientos?
- (i)** ¿Quiere que lo coloquen en una residencia de ancianos?
- (j)** ¿Quiere servicios de cuidados paliativos, con el objetivo de mantenerlo cómodo en su casa durante el final de su vida, en vez de estar hospitalizado?
- (k)** ¿Quiere participar en la toma de decisiones acerca de su atención y tratamientos médicos?
- (l)** ¿Quiere ser un donante de órganos al momento de su muerte?

Documento de voluntades anticipadas

Documento de voluntades anticipadas preparado este día _____ de _____ del año de 20____.

Yo, _____, teniendo la capacidad para tomar decisiones sobre asuntos médicos, intencionalmente y por voluntad propia doy a conocer mi deseo de que mi muerte no deberá prolongarse artificialmente bajo las circunstancias que se indican a continuación, y por medio de la presente declaro que:

- (a) Si en algún momento un médico que me atienda llegara a diagnosticar por escrito que estoy en un estado terminal (desahuciado), o si dos médicos diagnosticaran que estoy en un estado inconsciente permanente, y donde la aplicación de tratamiento con procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados sirviera solamente para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte, ordeno que dicho tratamiento se niegue o se suspenda, y que se me permita morir de forma natural. Entiendo que un estado terminal significa un estado incurable e irreversible causado por una enfermedad, lesión o afección, que (según la opinión médica razonable) causaría la muerte dentro de un plazo razonable conforme a las normas médicas aceptadas, y donde la aplicación de tratamiento con procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados serviría solamente para prolongar el proceso de muerte. Asimismo, entiendo que un estado inconsciente permanente significa un estado incurable e irreversible en el que el diagnóstico médico concluido mediante la opinión médica razonable dicta que no tengo probabilidades razonables de recuperarme de un estado de coma irreversible o de un estado vegetativo persistente.
- (b) En caso de que carezca de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de tal tratamiento con procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados, es mi intención que mi familia y médico(s) cumplan con este Documento de voluntades anticipadas como la expresión final de mi derecho legal a rehusar tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de dicha denegación. Si se nombra a otra persona para tomar estas decisiones por mí, independientemente de si esto se realiza por medio de un Poder notarial permanente para asuntos médicos o de alguna otra manera, solicito que la persona se guíe por este Documento de voluntades anticipadas y por cualquier otra expresión clara de mis deseos.
- (c) Si me llegaran a diagnosticar que estoy en un estado terminal (desahuciado) o en un estado inconsciente permanente (marque sólo uno):
- _____ QUIERO que se me proporcione nutrición e hidratación artificialmente. _____ Iniciales
- _____ NO QUIERO que se me proporcione nutrición e hidratación artificialmente. _____ Iniciales
- (d) Si se me ha diagnosticado estar embarazada y mi médico está enterado de dicho diagnóstico, este Documento de voluntades anticipadas no tendrá vigor ni efecto durante el transcurso de mi embarazo.
- (e) Entiendo la trascendencia total de este Documento de voluntades anticipadas y estoy en pleno uso de mis facultades mentales y emocionales para tomar las decisiones de atención médica que figuran en este documento.

- (f) Entiendo que antes de que firme este Documento de voluntades anticipadas puedo incorporar o eliminar texto en este documento o cambiarlo de alguna otra manera y que puedo incorporar o eliminar texto de este Documento de voluntades anticipadas en cualquier momento, y que cualquier cambio deberá ser coherente con las leyes del estado de Washington o con las leyes constitucionales federales para que tenga validez legal.
- (g) Es mi deseo que todas las partes de este Documento de voluntades anticipadas se implementen en su totalidad. Si por cualquier motivo alguna parte llegara a considerarse inválida, es mi deseo que se implemente el resto de mi Documento de voluntades anticipadas.

Firmado: _____

Dirección

Ciudad, condado y estado de residencia

Los testigos deberán leer esto antes de firmar

No soy el médico que atiende al declarante, ni un empleado del médico que atiende al declarante, ni un empleado de un centro de salud donde el declarante es un paciente; tampoco soy pariente consanguíneo ni pariente por matrimonio del declarante, ni una persona que tendría derecho a alguna parte del patrimonio del declarante tras su muerte, al momento de celebrarse este Documento de voluntades anticipadas.

1. Testigo: (Escriba su nombre)	(Firme)
2. Testigo: (Escriba su nombre)	(Firme)

Observaciones adicionales, si las hubiera:

Poder notarial permanente para asuntos médicos

1ª Sección

Yo, _____ de
(dirección) _____, por la presente designo y nombro a
(nombre) _____ de
(dirección) _____
(número de teléfono) (____) _____ mi apoderado para decisiones sobre asuntos médicos (en lo sucesivo, representante). Autorizo a este representante a tomar todas las decisiones sobre asuntos médicos por mí según se describen en este documento. Al decir "decisiones sobre asuntos médicos", mi intención es que mi representante tenga la autoridad para dar consentimiento para administrar, negar o suspender cualquier atención médica, tratamiento, servicio o procedimiento de diagnóstico médico.

Asimismo, mi representante puede dar consentimiento para que se me ingrese en un centro médico, de enfermería, residencial o algún otro centro similar, y puede celebrar acuerdos con respecto a mi cuidado. Mi representante también tiene la autoridad para hablar con el personal de atención médica, solicitar, recibir y revisar cualquier información, ya sea verbal o por escrito, con respecto a mis asuntos personales o a mi salud personal y mental, incluidos los expedientes médicos y del hospital, y firmar formularios necesarios para llevar a cabo las decisiones sobre asuntos médicos.

2ª Sección

Si la persona nombrada como mi representante en la 1ª sección no tiene la capacidad o está indispuesta para actuar como mi representante, o si revoco la autoridad de esa persona para actuar como mi representante, entonces nombro y designo, en el orden anotado a continuación, a las siguientes personas para actuar como mi representante para tomar decisiones sobre asuntos médicos por mí.

Mi primer representante sustituto es: (nombre) _____ de
(dirección) _____
(número de teléfono) (____) _____

Mi segundo representante sustituto es: (nombre) _____ de
(dirección) _____
(número de teléfono) (____) _____

3ª Sección

Mi representante deberá tomar decisiones conforme a mis deseos según se expresan en este documento. Confirmando los términos del Documento de voluntades anticipadas que celebré el _____ de _____ de 20____, en el cual está escrito mi deseo con respecto al uso de procedimientos de reanimación cardiopulmonar básicos y avanzados. Es mi intención e instrucción que este Poder notarial permanente para asuntos médicos se lea y se implemente conjuntamente con el Documento de voluntades anticipadas.

[Escriba sus iniciales en cualquiera de las siguientes declaraciones que refleje sus deseos.]

- Quiero que se prolongue mi vida y quiero que se me proporcionen tratamientos para prolongar mi vida a menos que, en la opinión de mi representante, el dolor, la molestia o los resultados probables del tratamiento sean mayores que cualquier beneficio que el tratamiento pudiera darme. _____ Iniciales
- Si me llegara a encontrar en un estado físico (enfermedad) incurable o irreversible sin esperanza de recuperación, no quiero que se me proporcione ningún tratamiento que simplemente prolongue mi muerte. Por consiguiente, en tal caso, quiero que mi tratamiento se limite a medidas médicas y de enfermería que estén destinadas a mantenerme cómodo, que alivien el dolor y que mantengan mi dignidad. _____ Iniciales

[] Si me encuentro en un estado de coma o en un estado vegetativo que mis médicos crean razonablemente ser un estado permanente, no quiero que se me proporcione o se continúe ningún tratamiento para prolongar mi vida, entre los que se incluyen, sin carácter restrictivo, la colocación de un tubo para proporcionarme alimento y agua artificialmente o la continuación de ese tratamiento si ya se ha iniciado. _____ Iniciales

Al completar este documento, mi intención es crear un Poder notarial permanente para asuntos médicos conforme al capítulo 11.94 del *Revised Code of Washington* (Código Corregido de Washington). Este poder deberá entrar en vigor tras mi incapacidad para tomar mis propias decisiones sobre asuntos médicos y su vigencia deberá continuar durante esa incapacidad en la medida permitida por la ley o hasta que yo lo revoque.

Al firmar este documento indico que entiendo el propósito y el efecto de este Poder notarial permanente para asuntos médicos.

Con fecha de este día ____ de _____ de 20__.

(Escriba su nombre)

(Firme)

Opción N° 1

NOTARIO PÚBLICO (se prefiere pero no se exige el uso de sus servicios):

Las leyes del estado de Washington regirán este Poder notarial.

Con fecha de este día ____ de _____ del año de _____.

En este día compareció personalmente ante mí, _____, quien a mi saber es la persona descrita en el presente documento y quien lo celebró, y reconoció que él o ella firmó el mismo como un acto de su libre voluntad para los usos y propósitos mencionados en este documento.

Extiendo el presente, firmado de mi puño y letra y con mi sello oficial, este día ____ de _____ en el año de 20__.

Notario público en y para el estado de Washington
Residente del condado de Spokane

Mi cargo finaliza el: _____



Puede encontrar copias adicionales
en línea en: www.shmc.org