

**PODER DURABLE PARA DECISIONES DE CUIDADO DE SALUD
DECLARACION GENERAL DE CONCESION DE AUTORIDAD**

Yo, _____, designo y nombro a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

a ser mi agente para la toma de decisiones del cuidado de mi salud y conforme al lenguaje declarado abajo:

- (1) Consentir, rechazar, permitir, o retirar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental y para tomar decisiones acerca de la donación de órganos, autopsia y disposición del cuerpo;
- (2) hacer todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento psiquiátrico, asilo, hogar de cuidado o una institución similar; para emplear o despedir personal de cuidado de salud, para incluir doctores, psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeras, terapistas o cualquier otra persona que tenga licencia, certificado o permiso autorizado o que le sea permitido bajo la ley del estado administrar cuidado como el agente lo crea necesario para mi mejoramiento físico, mental y emocional; y
- (3) solicitar, recibir y chequear cualquier información, verbal o escrita, acerca de mis asuntos personales o salud mental o física incluyendo documentos médicos y hospitalarios y para ejecutar cualquier otro documento que puede ser requerido para obtener tal información.

En el momento de ejercer la autoridad manifestada anteriormente, mi agente, en las decisiones de cuidado de mi salud deberá ser guiado por y debe honrar las ciertas provisiones de la Declaración Católica sobre la Vida y la Muerte Natural (“Declaración”) la cual he ejecutado. En el caso de que esta provisión aquí expuesta este en conflicto con tal Declaración, la Declaración deberá tener el control.

LIMITACIONES DE AUTORIDAD

- (1) Los poderes del agente expuestos aquí deben estar limitados a lo expuesto por escrito en este poder durable para las decisiones de cuidado de salud y no debe incluir el poder para revocar o invalidar la Declaración.

(2) Deberá ser prohibido que el agente de autorización a los siguientes puntos:

(3) Este poder para las decisiones de cuidado de salud deberá ser sujeto a las siguientes limitaciones adicionales:

DURACION

Este poder para decisiones de cuidado de salud debe hacerse efectivo (ELIGA UNO):

inmediatamente y no puede ser afectado por mi subsecuente inhabilidad o incapacidad;

o

al momento del acontecimiento de mi inhabilidad o incapacidad determinado por dos doctores, del cual uno debe ser el doctor que me trata.

REVOCACION

Cualquier poder durable que haya hecho anteriormente para las decisiones de cuidado de salud queda revocado por medio del presente. Este poder para decisiones de cuidado de salud deberá ser revocado con un instrumento escrito ejecutado, testificado o reconocido en la misma manera como es requerido en el mismo.

EJECUCION

Ejecutado el día ____ de _____, 200__ en _____,
Kansas.

Principal

