

# DOCUMENTO DE VOLUNTADAS ANTICIPADAS DEL CUIDADO de SALUD

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_ designo y nombro a: (escriba el nombre de su agente)  
Agente: \_\_\_\_\_ para ser mi agente en decisiones del cuidado de mi salud.

Dirección del Agente: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado/Código \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si la persona designada arriba no está disponible o se niega a hacerse cargo de la toma de decisiones en relación a mi salud, entonces designo a la persona siguiente para ser mi agente para decisiones del cuidado de mi salud, para servir en el orden listado abajo:

<b>Primer Agente Alternado:</b>	<b>Segundo Agente Alternado:</b>
Nombre: _____ Teléfono: _____	Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____	Ciudad, Estado, Código: _____

## AUTORIDAD CONCEDIDA

### Mi agente para el cuidado de mi salud puede:

1. Consentir, o retirar consentimiento por cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar condiciones físicas o mentales.
2. Hacer todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, facilidad de tratamiento, hospicio, asilo de ancianos o institución similar. Emplear o despedir personal para el cuidado de mi salud, incluyendo médicos, siquiátras, dentistas, enfermeras, terapeutas u otras personas que se autorizan o son permitidos por las leyes de este estado a administrar cuidado de la salud, como mi agente juez necesario para mi bienestar físico, mental y emocional.
3. Demandar, recibir y repasar cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mis asuntos personales o salud física y mental, incluyendo archivos médicos, y ejecutar cualquier comunicado u otros documentos que se requieran para obtener tal información.
4. Tomar decisiones sobre donaciones de órganos y tejidos, autopsia y la disposición de mi cuerpo.
5. Mi agente considerará las siguientes instrucciones especiales: (Puede escoger escribir NINGUNA)

## LIMITACIONES A LA AUTORIDAD CONCEDIDA

1. Se limitarán los poderes del agente a sólo los escritos en este documento, no pudiendo revocar ningún tipo de decision tomada y registrada en el Testamento en Vida, hecho de acuerdo con el Acto de Muerte Natural de Kansas.
2. Mi agente no puede dar consentimiento a los artículos siguientes: (Puede escoger escribir NINGUNA)

Este documento de voluntades anticipadas se volverá eficaz cuando sea incapaz de tomar decisiones o incapaz de comunicar mis deseos con respecto al cuidado de mi salud. No será afectado por mi invalidez o incapacidad subsecuente. Cualquier voluntad anticipada que he hecho previamente se revoca por la presente.

Firmado el \_\_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_\_ (año) en \_\_\_\_\_ (ciudad, estado)

Firma X \_\_\_\_\_

**Este documento debe estar atestiguado por dos individuos o reconocido por un notario público.**

### Testigos:

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____	Ciudad, Estado, Código: _____

### o Notario Público:

ESTADO de \_\_\_\_\_ CONDADO De \_\_\_\_\_ SS: El documento se reconoce ante mí el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ (mes, año)  
por \_\_\_\_\_ (Nombre de persona)  
Firma del Notario \_\_\_\_\_ Mi puesto so vence: \_\_\_\_\_

**Voluntad Anticipada del Cuidado de Su Salud**

**Power of Attorney for Health Care**