

---

**Su Vida, Sus Decisiones**  
**Instrucciones Anticipadas**



*This document is also available in Russian, Spanish, Vietnamese, Korean and Chinese.*

Данная брошюра имеется также в переводе на испанский, вьетнамский, китайский, русский и корейский языки.

Este documento también está disponible en español, vietnamita, cantonés, ruso y coreano.

Tài liệu này cũng có sẵn bằng tiếng Tây Ban Nha, Việt Nam, Quảng Đông, Nga và Đại Hàn.

본 책자는 스페인어, 베트남어, 광둥어, 러시아어, 한국어로도 나와 있습니다.

本文件亦提供西班牙文、越南文、粵語、俄文和韓文版本。

# Información sobre Instrucciones Anticipadas

**¿Ha pensado acerca de la clase de atención médica que le gustaría recibir si se enferma o lesiona gravemente? Si usted ya no puede expresar sus deseos, ¿sabrían su médico y su familia lo que usted desearía que se haga?**

**Este manual fue diseñado para ayudarle a pensar sobre estas preguntas.**

**Las leyes estatales de Washington apoyan su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica. Usted puede expresar sus decisiones sobre la clase de atención que desea recibir a través de las Instrucciones Anticipadas.**



## ¿Qué son las Instrucciones Anticipadas?

Las Instrucciones Anticipadas Formales son los documentos redactados antes de que ocurra una enfermedad grave que, manifiestan sus deseos para recibir atención médica (Instrucciones para Atención Médica), o nombran a alguien para que tome esas decisiones por usted (Poder Notarial Duradero para Atención Médica), si llega a perder la capacidad para tomar decisiones. A través de las Instrucciones Anticipadas, usted puede tomar decisiones legalmente válidas en cuanto a su atención médica futura.

Otra forma importante de hacer que se conozcan sus deseos es hablar con su familia y su médico en cuanto a lo que usted desea.

## Instrucciones para los Médicos

### **¿Qué es una Instrucción para Atención Médica?**

Una Instrucción para Atención Médica (Testamento en vida) es un documento en el cual usted puede comunicar a su médico cuándo detener los tratamientos para el sustento de la vida y permitirle morir naturalmente. Una Instrucción para Atención Médica se utiliza cuando usted ya no puede tomar sus propias decisiones, cuando está terminalmente enfermo, sin esperanzas de recuperación y cuando el uso de tratamientos para el sustento de la vida, solamente prolongaría el proceso de morir. Las Instrucciones para Atención Médica están autorizadas por las leyes del estado de Washington.

## ¿Cómo preparo una Instrucción para Atención Médica?

1. Revise un formulario de Instrucción para Atención Médica (se encuentra en la parte posterior de este folleto). Si tiene alguna pregunta, hable con su familia, médico, clero o abogado. Piense en cualquier instrucción especial que desee incluir. Escriba a mano o a máquina estas instrucciones y adjúntelas al formulario.
2. Firme la Instrucción para Atención Médica ante dos testigos que no estén relacionados con usted y que no sean herederos potenciales. No pueden ser testigos su médico, los empleados del médico y los empleados de su hospital u hogar de reposo.
3. Haga copias de su Instrucción para Atención Médica para usted, para los miembros cercanos de la familia y su abogado, si es que tiene uno. Déle su Instrucción para Atención Médica original a su médico. Las instrucciones necesitan estar en el historial médico que mantiene su médico para asegurarse de que se cumplan sus deseos.



## Donación de Órganos y Tejidos

Si desea ser un donador de órganos o de tejido, puede manifestar este deseo en su instrucción para atención médica. Puede registrarse con la organización de donación de órganos de la región designada por el gobierno federal, LifeCenter Northwest Organ Donation Network, en [www.lcnw.org](http://www.lcnw.org) o llamando al 1-877-275-5269. También puede registrarse como donador en el Departamento de Vehículos Motorizados cuando solicite o renueve su licencia para conducir. En su licencia aparecerá un símbolo que indica su situación de donador. El registro significa que usted ha optado por hacer que los órganos y tejidos que designe se pongan a disposición para trasplante, investigación o ambos, para ayudar a otras personas en el momento de su muerte. Si está registrado como donador, no es necesario un consentimiento adicional para proceder con la donación.

Ya sea que usted sea o no donador, es importante que hable con su familia sobre su decisión. Sin ninguna instrucción, ni registro de inscripción, se le podría pedir a su familia que tome la decisión en su nombre. Para asegurarse de que se lleven a cabo sus deseos, es importante que comparta claramente su decisión con su familia, de modo que puedan apoyarla en el momento de la muerte.

## Poder Notarial Duradero para Atención Médica

### **¿Qué es un Poder Notarial Duradero para Atención Médica?**

Un Poder Notarial Duradero para Atención Médica es un documento por medio del cual usted nombra a otra persona para que tome decisiones médicas por usted en cualquier momento que usted no pueda tomarlas por sí mismo. Puede incluir instrucciones en cuanto a cualquier tratamiento que usted desee o no, tales como cirugía, alimentación e hidratación artificial (tales como líquidos o medicamentos). Usted puede preparar un Poder Notarial para Atención Médica con o sin el consejo de un abogado. Su representante debe entender y respetar sus deseos para atención médica.

### **¿Cómo preparo un Poder Notarial Duradero para Atención Médica?**

1. Revise un formulario de Poder Notarial Duradero para Atención Médica (Se encuentra en la parte posterior de este folleto). Piense si desea o no cambiar el formulario. Piense en cualquier instrucción especial que desee incluir para limitar u orientar a su representante. Escriba a mano o a máquina estas instrucciones y adjúntelas al formulario.
2. Seleccione a la persona que usted desea que actúe como su representante. Obtenga su consentimiento para que sea su apoderado en el Poder Notarial Duradero para Atención Médica. Dígale tan claramente como sea posible los tipos de decisiones que desea que se tomen en su nombre.
3. Firme y ponga la fecha en el formulario.
4. Haga copias de su Poder Notarial Duradero para Atención Médica para usted, su representante, los miembros cercanos de la familia y su abogado, si es que tiene uno. Proporcione el original de su Poder Notarial para Atención Médica a su médico. El Poder Notarial Duradero para Atención Médica necesita estar en el historial médico que mantiene su médico, para asegurarse de que se cumplan sus deseos.

## ¿Qué sucede si no tengo una Instrucción Anticipada?

Tener instrucciones por escrito es una decisión muy personal. La mejor forma de hacer conocer sus deseos es ponerlos por escrito. Algunas personas encuentran reconfortante el hecho de tener instrucciones por escrito. Sienten que alivia la carga de la toma de decisiones para la familia y los amigos.

## ¿Quién toma las decisiones de atención médica por mí, si yo no puedo hacerlo?

La ley del estado de Washington establece el siguiente orden de prioridad para que otras personas tomen decisiones en su nombre si usted no puede tomar decisiones por sí mismo:

1. Su guardián, si se ha designado alguno
2. La persona nombrada en su Poder Notarial Duradero para Atención Médica
3. Su cónyuge/pareja doméstica registrada
4. Sus hijos adultos
5. Sus padres
6. Sus hermanos y/o hermanas adultos

La persona elegida para tomar decisiones en su nombre es responsable, de acuerdo a la ley estatal, de cumplir sus deseos como se han hecho constar en sus instrucciones.

## ¿Puedo cambiar mis Instrucciones Anticipadas?

Sí, usted puede cambiar o cancelar sus Instrucciones Anticipadas para Atención Médica o Poder Notarial Duradero para Atención Médica en cualquier momento. Puede hacerlo destruyendo el documento, poniendo su cambio por escrito, o informando a su médico, enfermera y familia acerca del cambio. Si cambia las instrucciones, debería dar nuevas copias a su familia, médico, abogado u otros que pudieran estar involucrados. Su médico debe estar informado de los cambios o éstos no estarán en vigencia.

## ¿Qué sucede si existe un desacuerdo concerniente a mis Instrucciones Anticipadas?

Su médico y hospital cumplirán con sus Instrucciones Anticipadas que cumplan los requisitos de la ley del estado de Washington y las normas de ética médica. Si un hospital o médico no puede cumplir con alguna Instrucción por Anticipado, están obligados por ley a hacer un esfuerzo para transferirle a un médico u hospital que lo hará.

## ¿Qué son los tratamientos para el sustento de la vida?

Existen varios tratamientos para el sustento de la vida y las intervenciones médicas que pueden prolongar la vida de la persona, postergando el momento de la muerte. Nos gustaría que usted considere estos tratamientos y que converse sobre sus opciones con su familia, sus amigos y su médico. Es importante que se conozcan sus deseos en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo.

Los tratamientos para el sustento de la vida no incluyen procedimientos o medicamentos que se administran para alivio del dolor. Una decisión para renunciar a un tratamiento para el sustento de la vida no afectará de ninguna manera la atención que se esté administrando para proporcionar comodidad y reducir el dolor. *Siempre se proporcionará atención de apoyo para la comodidad y el alivio del dolor.*

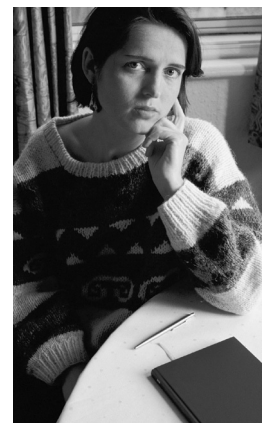
Los siguientes son algunos tratamientos para el sustento de la vida:

- **Resucitación Cardiopulmonar (CPR)**

La CPR se usa cuando el corazón o pulmones de una persona dejan de funcionar repentinamente. Normalmente incluye compresiones del pecho, el uso de drogas y/o electrochoque para restaurar los latidos del corazón y la colocación de un tubo en la tráquea para mantener la respiración. La CPR puede no ser apropiada para ciertos pacientes (tales como aquellos en proceso de morir debido a una enfermedad terminal, aquellos en un estado vegetativo persistente, o aquellos con una enfermedad incurable) ya que su uso solamente prolongaría el proceso de la muerte.

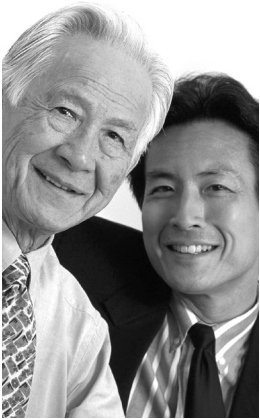
- **Respirador/Ventilador**

Un respirador/ventilador es una máquina que desplaza aire a los pulmones y respira por la persona que no puede respirar de manera natural. Los ventiladores se usan algunas veces después de que una persona ha tenido cirugía o cuando una persona tiene una enfermedad. El ventilador ayuda a la persona a respirar hasta que pueda hacerlo por sí misma. Sin embargo, un ventilador quizás no sea apropiado para un paciente con una enfermedad terminal, debido a que el uso de un ventilador solamente prolongaría el proceso de la muerte.



- **Nutrición e Hidratación Artificial**

Nutrición e Hidratación Artificial son maneras de proporcionar alimentos o líquidos a una persona que no puede comer o beber. Se puede proporcionar alimentos y/o líquidos directamente o indirectamente dentro del estómago (también llamado “tubo de alimentación”) o por vía intravenosa. Estos métodos se usan normalmente cuando hay una pérdida temporal de la función alimenticia o digestiva. Cuando la muerte es inevitable o no hay esperanzas de recuperación, el uso de alimentos y líquidos artificiales solamente prolongaría el proceso de la muerte.



## Normas de Swedish Medical Center para las Instrucciones Anticipadas

- Respetamos los derechos y responsabilidades de los pacientes para tomar decisiones en cuanto a su atención médica, inclusive las decisiones concernientes a mantener o retener tratamientos para el sustento de la vida.
- Estamos comprometidos a ofrecerle información sobre tratamientos de atención a la salud y a escuchar sus preferencias sobre el tratamiento. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico.
- No discriminaremos en contra de nadie por no haber redactado Instrucciones Anticipadas.
- Cumpliremos con las preferencias de tratamiento declaradas en su Instrucción Anticipada, excepto cuando creamos que no es médicamente indicado o no ético hacerlo. Si el centro médico o el médico no pueden cumplir con sus Instrucciones Anticipadas en base a las normas citadas anteriormente, haremos todo el esfuerzo posible para trasladarle a una instalación que pueda hacerlo.

## ¿Qué es un procedimiento del centro médico sobre sus Instrucciones Anticipadas?

Cuando se le haya admitido como paciente o venga para una visita de preadmisión antes de la cirugía, se le preguntará si ha llenado una Instrucción para Atención Médica, un Poder Notarial Duradero para Atención Médica, o si desea ser un donante de órganos.

Si se le admite en un hospital, traiga copias de sus instrucciones por escrito. Se las incluirá en su historial médico.

## ¿Qué es una Instrucción por Anticipado para Salud Mental?

Una Instrucción por Anticipado para Salud Mental es un documento que le permite poner por escrito cómo desea que se maneje en el futuro su tratamiento para salud mental. Es muy similar a un Testamento en Vida. Entra en efecto solamente en el caso en que usted quede “incapacitado” – no pueda tomar decisiones lógicas debido a la presencia de una enfermedad mental. Puede crear una instrucción que le dé a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones sobre salud mental por usted y usted puede poner por escrito instrucciones sobre los tratamientos que desea o no recibir. Las Instrucciones por Anticipado para Salud Mental están autorizadas por la ley del estado de Washington.

## ¿Cómo preparo una Instrucción por Anticipado para Salud Mental?

Puede preparar una Instrucción por Anticipado para Salud Mental de la misma manera que prepararía una Instrucción para Atención Médica.

1. Revise un formulario de Instrucción Anticipada para Salud Mental (se encuentra en el Departamento de Admisión en cualquiera de las instalaciones de Swedish o en la estación de enfermería de la Unidad de Salud Conductual). Si tiene alguna pregunta, hable con su familia, médico, clero o abogado. Piense en cualquier instrucción especial e inclúyala en el formulario.
2. Firme la Instrucción Anticipada para la Salud Mental delante de dos testigos que no estén relacionados con usted y no sean herederos potenciales. Su médico, los empleados del médico y los empleados de su hospital u hospicio para ancianos no pueden ser testigos.
3. Mantenga su Instrucción Anticipada para Salud Mental original en un lugar seguro. Saque copias de ésta para usted, los miembros cercanos de la familia y su abogado. También se le debe dar copias al médico, a cualquiera que haya designado como representante para que tome decisiones por usted y al personal de admisión del hospital si se le ha admitido en un hospital. Una copia de su Instrucción Anticipada para Salud Mental necesita estar en su historial médico y/o expediente del hospital para asegurarse de que se cumplan sus deseos.

## ¿Dónde puedo obtener mayor información?

- Hable con su enfermera o médico.

### **Swedish Medical Center/Ballard**

- Llame al capellán de Atención Espiritual al **(206) 782-2700**, extensión **35615**.
- Póngase en contacto con los miembros del Comité de Recursos Éticos a través del supervisor de enfermería. Se puede poner en contacto con el supervisor de enfermería a través del operador al **206-782-2700**.

### **Swedish Medical Center/Cherry Hill**

- Llame al capellán de Atención Espiritual al **206-320-2288**.

### **Swedish Medical Center/Edmonds**

- Llame al capellán de Atención Espiritual al **425-640-4019**.
- Comuníquese con el consultor del Comité de Ética por medio del operador llamando al **425-640-4000** o con el trabajador social de la unidad de enfermería.

### **Swedish Medical Center/First Hill**

- Llame al Centro de Pre-Admisión al **(206) 386-2997** para hablar con una enfermera.
- Mientras esté en el centro médico, vea el video sobre Instrucciones Anticipadas en el Canal 22, a las 8:45 a.m., denominado "On Your Behalf" ("En su nombre").
- Llame al capellán de Atención Espiritual al **(206) 386-2082**.
- Póngase en contacto con los especialistas de enfermería clínica y/o los miembros del Comité de Ética a través del operador al **(206) 386-6000**.

### **Swedish Medical Center/Issaquah**

- Llame al capellán de Atención Espiritual al **206-386-2082**.

### **Centros de Atención Ambulatoria de Swedish (Mill Creek y Redmond)**

- Hable con su enfermera o pida hablar con un(a) trabajador(a) social.

# Instrucción para Atención Médica (Testamento en vida)

Yo, \_\_\_\_\_, vivo en la ciudad de \_\_\_\_\_, en el condado de \_\_\_\_\_, en el estado de \_\_\_\_\_, hago esta Instrucción para Atención Médica el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20 \_\_\_\_:

Estando en mi sano juicio, deliberadamente y por decisión comunico mi deseo de que no se prolongue mi vida artificialmente como se explica a continuación y por la presente declaro que:

1. Si en algún momento mi médico tratante me diagnosticara por escrito estar en una *condición terminal*, o dos médicos me diagnosticaran estar en un *estado de inconsciencia permanente* y en el caso de que el uso de tratamiento para el sustento de la vida sirviera sólo para prolongar el proceso de morir, pido que se retenga o retire tal tratamiento y que se me permita morir naturalmente.

Entiendo al usar este formulario que, una *condición terminal* significa una condición incurable e irreversible causada por una lesión o enfermedad, que según juicio médico razonable, causaría la muerte dentro de un plazo de tiempo razonable de acuerdo con las normas médicas aceptables y, donde el uso de tratamiento para el sustento de la vida, sólo serviría para prolongar el proceso de la muerte.

Además, entiendo al usar este formulario que un *estado de inconsciencia permanente* significa una condición incurable e irreversible en la cual se me ha evaluado médicamente, dentro de un criterio médico razonable, de no tener ninguna posibilidad razonable de recuperación de un estado de coma irreversible o vegetativo persistente.

2. Si no puedo dar instrucciones en cuanto al uso de tales procedimientos para el sustento de la vida, es mi intención que esta Instrucción para Atención Médica sea cumplida por mi familia y mis médicos como la expresión final de mis derechos legales a rechazar tratamiento médico o quirúrgico, y acepto lo que pueda suceder debido a mi rechazo. Si se nombra a otra persona para que tome estas decisiones por mí, ya sea un Poder Notarial Duradero u otro, solicito a tal persona que siga esta Instrucción para Atención Médica y cualquier otra declaración de mis deseos claramente expresados.
3. Si se me ha diagnosticado como embarazada y mi médico tiene conocimiento de mi embarazo, esta Instrucción para Atención Médica no tendrá vigor ni vigencia durante el curso de mi embarazo.
4. En el caso de que yo sufra de una *condición terminal* o esté en un *estado de inconsciencia permanente* que se explica en el punto número 1 anterior, solicito que no se tome medida activa alguna, incluyendo la resucitación cardiopulmonar (CPR).

*Inicial:* \_\_\_\_\_ Deseo administración artificial de alimentos y líquidos.

\_\_\_\_\_ No deseo administración artificial de alimentos y líquidos.

5. Esta Instrucción para Atención Médica permanecerá vigente como se ha redactado, a menos que yo la cambie, y cualquier solicitud que yo haga con respecto a la acción que se tome o retenga en conexión con esta Instrucción para Atención Médica, se hará sin discusión adicional.

6. Tengo confianza en la buena fe de mis médicos y hago esta Instrucción para comprobarles que no deseo estar sujeto a mayor deterioro, dolor o indignidad para continuar mi vida bajo las condiciones que se manifiestan en el punto número 1. Por lo tanto, pido que se me administren medicamentos para aliviar el dolor y el sufrimiento. Pido y autorizo a los médicos a cargo de mi caso que sepan y entiendan cuáles serían mis deseos en cualquier situación dada. Esta solicitud se hizo después de una cuidadosa consideración. Aunque sé que esta solicitud parece poner a los médicos a cargo de mi caso bajo una gran responsabilidad, es mi deseo quitarles tal responsabilidad y colocarla en mi persona conforme a mis sólidas convicciones.
7. Es mi intención que esta Instrucción para Atención Médica se considere como un instrumento por escrito tal como está previsto en la *Ley sobre Muerte Natural*, Capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington (RCW), como se ha enmendado. Adicionalmente, es mi deseo que esta Instrucción para Atención Médica se interprete como mi deseo, hasta donde las leyes lo permitan, que se me permitirá morir naturalmente y que mi vida no será prolongada artificialmente a través del uso de procedimientos para el sustento de la vida, si mi médico determina que mi *condición es terminal* o dos médicos determinan que mi *estado es de inconsciencia permanente*.
8. Entiendo la total importancia de esta Instrucción para Atención Médica, y soy mental y emocionalmente apto para hacer esta Instrucción para Atención Médica.

---

FIRMA DEL DECLARANTE

\_\_\_\_\_, el declarante que firmó la Instrucción anterior, es conocido por mí personalmente y creo que dicho declarante está en su sano juicio. Estoy de acuerdo en que no estoy relacionado con el declarante por sangre o matrimonio, que el declarante ha establecido que yo no he sido mencionado en el testamento del declarante, que no tengo reclamos en contra del declarante y que no soy el médico que atiende, ni un empleado del médico que atiende ni del declarante, ni un empleado de la institución de atención médica (si lo hubiera) en el que el declarante sea un paciente.

TESTIGO	FECHA	LUGAR
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	DIRECCIÓN	
TESTIGO	FECHA	LUGAR
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	DIRECCIÓN	

**Nota Importante:** Esta Instrucción para Atención Médica debe formar parte del Historial Médico que mantiene su médico tratante. Mantenga una copia para usted y proporcione una copia a los miembros cercanos de la familia y a su abogado, si tiene uno.

(Este documento es proporcionado como un servicio comunitario por Swedish Medical Center, Seattle, Wash., el cual le recomienda que consulte a un abogado sobre las preguntas acerca de este documento).

# Poder Notarial Duradero para Atención Médica

Yo, \_\_\_\_\_, vivo en la ciudad de \_\_\_\_\_, en el condado de \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_, designo a \_\_\_\_\_ como mi *Apoderado*, para que actúe por mí si no puedo comunicarme por mí mismo. Por el presente cancelo todo poder para atención médica que yo haya otorgado anteriormente.

1. **Apoderado Alternativo.** Si por alguna razón \_\_\_\_\_ deja de actuar, o si no puede actuar, designo a: \_\_\_\_\_, *Apoderado Alternativo*, para que cumpla la orden mencionada. Un apoderado puede renunciar por (dando) notificación por escrito para ese efecto, en una forma registrable, a un apoderado alternativo, sucesor, o co-apoderado. En este Poder Notarial el “apoderado” significa el apoderado en ejercicio en ese momento.

2. **Poder para Tomar Decisiones de Atención Médica.** Mi agente para decisiones de atención médica tendrá los siguientes poderes:

- Tomar decisiones para atención médica en mi nombre si yo no puedo hacerlo, incluyendo dar consentimiento informado a los proveedores de atención médica. Se incluye en este poder la autoridad para tomar decisiones en cuanto a procedimientos médicos para prolongar la vida, tales como (pero sin limitarse a) un respirador, colocación o extracción de tubos para proporcionar nutrición o hidratación, antibióticos y resucitación cardiopulmonar.
- Es mi intención que mi agente tenga la autoridad para consentir dar, negar, o detener mi tratamiento de atención médica, procedimiento de servicio o diagnóstico. Todo esto debe estar de acuerdo a mis instrucciones que se detallan a continuación o con mi Instrucción de Atención Médica para mi Médico (Testamento en Vida):

Instrucción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Vigencia.** Este Poder Notarial entrará en vigencia al estar yo incapacitado. Incapacidad incluye no poder tomar decisiones de atención médica eficazmente, por razones tales como enfermedad mental, deficiencia mental, incompetencia, enfermedad o incapacidad física, vejez, uso crónico de drogas, o uso crónico de alcohol. La incapacidad puede ser determinada por: (a) una orden de la corte, o (b) una declaración por escrito por un médico tratante regular calificado, quien debe cerciorarse de mi incapacidad. Cualquier persona que trate con el apoderado puede usar esta declaración por encima de toda duda.

4. **Duración.** Este Poder Notarial entrará en vigencia como se estipula en la Sección #1 anterior y se mantendrá en vigencia al punto máximo permitido por el Capítulo 11.94, RCW, o hasta su cancelación o eliminación como se estipula abajo en las Secciones # 5 o #6 en la próxima página.

5. **Cancelación.** El Poder Notarial puede ser cancelado, suspendido, o eliminado por medio de una notificación escrita por mí al apoderado designado y si este poder se ha registrado, por medio de esta notificación registrada en la oficina donde se registran escrituras para bienes raíces ubicada en el Condado de \_\_\_\_\_ Washington.
6. **Finalización.** Si se nombra uno, mi guardián puede, con la aprobación de la corte, suspender o eliminar este Poder Notarial.
7. **Confianza.** Cualquier persona que trate con el apoderado designado deberá tener el derecho de confiar en este Poder Notarial para llevar a cabo mis deseos para atención médica. Nadie será parte de este poder notarial si sabe o tiene una notificación por escrito de cualquier cancelación, suspensión o eliminación del Poder Notarial. Cualquier acción que se tome de esa forma, a menos que por lo contrario sea inválida o imposible de cumplir, será obligatoria para mi familia o para los herederos de mi patrimonio.
8. **Indemnización.** Mi patrimonio eximirá de responsabilidad e indemnizará al apoderado de toda responsabilidad por los actos que se hicieron de buena fe.
9. **Leyes pertinentes.** La ley interna del Estado de Washington registrará este Poder Notarial.
10. **Opcional.** Entiendo que este documento autoriza solamente a la persona mencionada anteriormente para tomar decisiones por mí, en base a mis necesidades de atención médica. Por lo tanto, si en algún momento, yo necesitara un Guardián o Guardián Limitado para tomar otras decisiones por mí en cuanto a mi propiedad o persona, nombro a \_\_\_\_\_, o como alterno a, \_\_\_\_\_.
11. **Ejecución.** Este Poder Notarial se firma el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_, para que entre en vigencia como se estipula anteriormente en la Sección 3.
12. **Certificación.** Certifico bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que lo anterior es verdadero y correcto.

---

FIRMA

FECHA

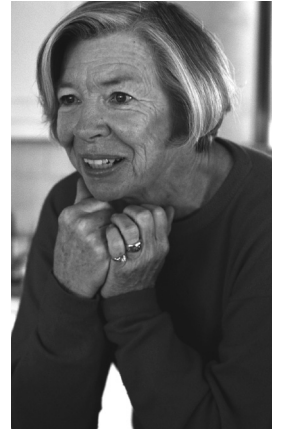
LUGAR

**Nota Importante:** Este Poder Notarial para Atención Médica deberá formar parte del Historial Médico que mantiene su médico tratante. Mantenga una copia para usted y proporcione una copia a su apoderado, a los miembros de familia cercanos y a su abogado, si tiene uno.

(Este documento es proporcionado como un servicio comunitario por Swedish Medical Center, Seattle, Wash., el cual, le recomienda que consulte a un abogado sobre las preguntas acerca de este documento).

NU-07-07288 R-10/11

# Notas





747 Broadway  
Seattle, WA 98122-4307  
T 206-386-6000  
TTD 206-386-2022

For a free physician referral:  
1-800-SWEDISH (1-800-793-3474)  
[www.swedish.org](http://www.swedish.org)