



AVISO LEGAL: Este documento no es un instrumento legal ni una traducción certificada. Se proporciona como cortesía al paciente para transmitir el significado del original en inglés. Utilice solo la versión en inglés como instrumento legal.

DIRECTIVA DE SALUD

La presente directiva se firma el día _____ del mes _____ del año _____. Yo, _____ (nombre), teniendo la capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, doy a conocer intencionada y voluntariamente mi deseo de que no se prolongue mi muerte artificialmente bajo las circunstancias indicadas a continuación, y declaro que:

- (a) Si en algún momento el médico tratante me diagnostica por escrito que estoy en una condición terminal, o dos médicos me diagnostican que estoy en una condición inconsciente permanente, y la administración de un tratamiento de soporte vital solo serviría para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte, ordeno que dicho tratamiento sea rechazado o retirado, y que se me permita morir naturalmente. Al usar este formulario, entiendo que una condición terminal significa una condición incurable e irreversible causada por una lesión, afección o enfermedad que, dentro de un juicio médico razonable, causaría la muerte dentro de un período de tiempo razonable de acuerdo con las normas médicas aceptadas, y donde la aplicación de un tratamiento de soporte vital solo serviría para prolongar el proceso de muerte. Además, al usar este formulario, entiendo que una condición inconsciente permanente significa una condición incurable e irreversible en la que me evalúan médicamente, por medio de un juicio médico razonable, de tener irrazonablemente poca probabilidad de recuperación de mi coma irreversible o estado vegetativo persistente.
- (b) Si me falta la capacidad de dar instrucciones con respecto al uso de un tratamiento de soporte vital, es mi intención que esta directiva sea respetada por mi familia y médico(s) como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico, y acepto las consecuencias de dicho rechazo. Si se nombra a otra persona para que tome estas decisiones en mi nombre, ya sea a través de un poder legal duradero o de otra manera, solicito que la persona sea guiada por esta directiva y cualquier otra expresión clara de mis deseos.
- (c) Si me diagnostican estar en condición terminal o en una condición inconsciente permanente (marque uno):
- DESEO que me proporcionen nutrición e hidratación por vía artificial.
 - NO DESEO que me proporcionen nutrición e hidratación por vía artificial.

- d) Si se ha diagnosticado que estoy embarazada y mi médico conoce ese diagnóstico, esta directiva no tendrá vigencia ni validez durante el transcurso de mi embarazo.
- e) Entiendo el pleno significado de esta directiva y estoy emocional y mentalmente capaz de tomar las decisiones de atención médica contenidas en esta directiva.
- f) Entiendo que antes de firmar esta directiva, me es permitido agregar, eliminar o cambiar el lenguaje de esta directiva y que puedo agregar o eliminar partes de esta directiva en cualquier momento, pero los cambios tienen que conformar con las leyes del Estado de Washington y la constitución federal para ser legalmente válidos.
- (g) Es mi deseo que cada parte de esta directiva se implemente plenamente. Si por cualquier razón alguna parte se considera inválida, es mi deseo que se implemente el resto de mi directiva.

Firma

Fecha

Ciudad, condado y estado de residencia

Fecha de nacimiento

He conocido personalmente al declarante y lo creo que capaz de tomar decisiones respecto a su atención médica.

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

[Observación: La ley del Estado de Washington prohíbe específicamente que las siguientes personas firmen esta directiva como testigos: un médico tratante, sus empleados o empleados de un centro de atención médica en el que el declarante sea un paciente, y cualquier persona que tenga un reclamo, en el momento de firmar, contra alguna parte del patrimonio del declarante. Por lo tanto, el personal del centro médico, los empleados y los voluntarios son prohibidos de ser testigos de este documento.]

PODER LEGAL DURADERO PARA ATENCIÓN A LA SALUD

1. **Agente.** En el caso de que mi médico tratante o su designado determine que no soy capaz de dar mi consentimiento informado para la atención médica, yo _____, designo y nombro a _____ como mi apoderado (agente de atención médica).
2. **Agente alternativo (opcional).** Si el agente de atención médica mencionado anteriormente no puede o no quiere actuar o no está razonablemente disponible, designo y nombro a _____ como mi apoderado suplente (agente de atención médica alternativo). **(Opcional)** Si el agente de atención médica alternativo mencionado anteriormente no puede o no quiere actuar o no está razonablemente disponible, designo y nombro a _____ como mi apoderado suplente (Agente de atención médica alternativo).
3. **Autoridad del agente de atención médica.** Mi agente de atención médica está autorizado a tomar decisiones sobre mi tratamiento médico que de otro modo no podría tomar. Incluye, entre otros, el consentimiento para iniciar, continuar, interrumpir o rechazar la atención y el tratamiento médicos, así como la coordinación de la atención médica. Incluye nutrición artificial o hidratación, procedimientos quirúrgicos y la retención o retirada de tratamientos de soporte vital. Si he ejecutado una directiva anticipada o testamento vital, autorizo y ordeno que mi agente de atención médica siga tales instrucciones. Si no he declarado ningún deseo o voluntad, mi agente de atención médica debe actuar en mi mejor beneficio.
4. **Mis derechos.** Mantengo el derecho de tomar decisiones de atención médica por mí mismo siempre que sea capaz. Este poder entrará en vigor solo cuando no pueda tomar decisiones de atención médica por mí mismo según lo determine mi médico tratante o su designado. El poder de mi agente de atención médica designado cesará si recupero mi capacidad para tomar decisiones de atención médica según lo determine mi médico tratante o su designado.
5. **Duradero.** Tengo la intención de crear un poder médico duradero. Este poder no se verá afectado por mi discapacidad.
6. **Fecha de terminación.** Este poder médico terminará si lo revoco o cuando muera.
7. **Revocación.** Por este medio revoco cualquier concesión previa de poder médico duradero que he firmado en el pasado. En caso de que exista dicho poder médico duradero dentro de un documento que contenga otras concesiones de poderes, tengo la intención de que este documento sea revocado solo en cuanto a las concesiones de poder médico.

Firma _____ Fecha _____

EL FORMULARIO CONTINUA EN LA PRÓXIMA PÁGINA

NOTARIZACIÓN

Estado de Washington

Condado de _____

Certifico que sé o tengo pruebas satisfactorias de que el concedente, _____, es la persona que compareció ante mí, firmó anteriormente y reconoció que la firma se realizó de forma libre y voluntaria para los fines mencionados en este instrumento.

SUSCRITO y JURADO ante mí el _____

FIRMA DEL NOTARIO _____

NOMBRE DEL NOTARIO _____

Notario Público, Estado de Washington

Mi comisión caduca: _____

TESTIGOS

En lugar de notarización, este documento puede ser presenciado por dos personas competentes que NO sean:

- Proveedores de atención domiciliaria para la persona principal;
- Proveedores de atención en un hogar familiar para adultos o en un centro de atención a largo plazo en el que reside la persona principal; o
- Relacionado con la persona principal o con cualquier agente de atención médica designado, sea por sangre, matrimonio o unión doméstica registrada.

Nombre del testigo _____ Firma _____

Nombre del testigo _____ Firma _____

Información de contacto (opcional)

Nombre del agente:	Número de teléfono del agente:	Otros datos de contacto:
Nombre de agente alternativo:	Número de teléfono del agente alternativo:	Otros datos de contacto:

PODER DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si no puede tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su salud, puede designar a otros para que tomen esas decisiones por usted. En orden de prioridad, la ley del estado de Washington (RCW 7.70.065) otorga esta autoridad a las siguientes personas:

1. El tutor nombrado por el Tribunal
2. La persona que usted nombró en su poder duradero para decisiones de atención médica;
3. Su cónyuge o pareja registrada;
4. Sus hijos mayores de dieciocho años, si todos ellos están de acuerdo con la decisión;
5. Sus padres, si están de acuerdo con la decisión; y luego
6. Sus hermanos adultos, si todos están de acuerdo con la decisión.

Un poder duradero (DPOA) para la atención médica es el documento legal que le permite elegir a la persona que tome las decisiones de atención médica por usted. Puede ser cualquier adulto en el que confíe, incluido un amigo cercano u otro pariente. Su médico o sus empleados, los propietarios, administradores o empleados de un centro de atención médica o de atención a largo plazo donde reciba atención no pueden ser nombrados a menos que sea su propio familiar.

La persona que designe como su agente de atención médica debe tomar decisiones de acuerdo con sus deseos, o si son desconocidos, en su mejor beneficio. Puede incluir decisiones de iniciar, continuar, interrumpir o rechazar atención y tratamiento médicos. Incluye nutrición artificial o hidratación, procedimientos quirúrgicos y la retención o retirada de tratamientos de soporte vital. Es importante que hable de sus deseos con la persona o las personas que designe como su agente. Es posible que desee completar una directiva anticipada de atención médica para conmemorar estas conversaciones y sus preferencias. Su proveedor puede brindarle más información sobre ese formulario.

Un poder duradero (DPOA) para la atención médica puede tomar muchas formas. El formulario adjunto es una muestra que, cuando se completa correctamente, solo entra en vigor cuando usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Puede optar por utilizar este formulario, o algún otro formulario que sea suficiente legalmente, si lo desea. El Estado de Washington requiere que esta directiva sea firmada ante notario público, o presenciada por dos testigos. Aunque proporcionamos este documento para su conveniencia, no podemos garantizar la validez del formulario.

No es la intención que la presente tome el lugar de asesoramiento legal. Si tiene alguna pregunta sobre poder médico duradero (DPOA), incluido cómo llenar este formulario, consulte con un abogado. Si desea asistencia para ubicar a un abogado, incluidas opciones de asistencia legal gratuita o de bajo costo, puede comunicarse con el Colegio de Abogados del Condado de King al (206) 267-7010. También puede visitar www.washingtonlawhelp.org para obtener información legal gratuita y materiales para manejar los trámites sin representación de un abogado.

HEALTH-CARE DIRECTIVE

Directive made this _____ day of _____, _____ (month, year) I, _____ (name), having the capacity to make health-care decisions, willfully and voluntarily make known my desire that my dying shall not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and do hereby declare that:

- (a) If at any time I should be diagnosed in writing to be in a terminal condition by the attending physician, or in a permanent unconscious condition by two physicians, and where the application for life-sustaining treatment would serve only to artificially prolong the process of my dying, I direct that such treatment be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die naturally. I understand by using this form that terminal condition means incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness that would within reasonable medical judgment cause death within a reasonable period of time in accordance with accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment would serve only to prolong the process of dying. I further understand in using this form that a permanent unconscious condition means an incurable and irreversible condition in which I am medically assessed within reasonable medical judgment as having unreasonable probability of recovery from an irreversible coma or persistent vegetative state.
- (b) In the absence of my ability to give directions regarding the use of a life-sustaining treatment, it is my intention that this directive shall be honored by my family and physician(s) as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and I accept the consequences of such refusal. If another person is appointed to make these decisions for me, whether through a durable power of attorney or otherwise, I request that the person be guided by this directive and any other clear expressions of my desires.
- (c) If I am diagnosed to be in terminal condition or in a permanent unconscious condition (check one):
- I DO want to have artificially provided nutrition and hydration.
 - I DO NOT want to have artificially provided nutrition and hydration.

PT. NO.

NAME

DOB

UW Medicine
Harborview Medical Center - UW Medical Center
University of Washington Physicians
Seattle, Washington

HEALTH CARE DIRECTIVE



U0285

UH0285 REV JAN 05

ADVANCE
DIRECTIVE
-
GOLD

- (d) If I have been diagnosed as pregnant and that diagnosis is known to my physician, this directive shall have no force or effect during the course of my pregnancy.
- (e) I understand the full import of this directive and I am emotionally and mentally capable to make the health-care decisions contained in this directive.
- (f) I understand that before I sign this directive, I can add to or delete from or otherwise change the wording of this directive and that I may add or delete from this directive at any time and that changes shall be consistent with Washington State law or federal constitutional law to be legally valid.
- (g) It is my wish that every part of this directive be fully implemented. If for any reason any part is held invalid, it is my wish that the remainder of my directive be implemented.

Signed

Date

City, County, and State Residence

Date of Birth

The declarer has been personally known to me and I believe him or her to be capable of making health-care decisions.

Witness

Date

Witness

Date

[NOTE: Washington State law specifically prohibits an attending physician, his or her employees, or employees of a health-care facility in which the declarer is a patient or any person who has a claim against any portion of the estate of the declarer upon declarer's decease at the time of the execution of the Directive from witnessing a Health-Care Directive; thus medical center staff, employees, and volunteers shall not witness this document.]

PT. NO.

NAME

DOB

UW Medicine
Harborview Medical Center - UW Medical Center
University of Washington Physicians
Seattle, Washington

HEALTH CARE DIRECTIVE



U0285

7

DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

1. **Agent.** In the event that my attending physician or their designee determines that I am not capable of giving informed consent to health care, I _____, designate and appoint _____ as my attorney-in-fact (Health Care Agent).

2. **Alternate Agent (optional).** If the above-named Health Care Agent is unable or unwilling to act or not reasonably available, I designate and appoint _____ as my alternate attorney-in-fact (alternate Health Care Agent). **(Optional)** If the above-named alternate Health Care Agent is unable or unwilling to act or not reasonably available, I designate and appoint _____ as my alternate attorney-in-fact (alternate Health Care Agent).

3. **Authority of Health Care Agent.** My Health Care Agent is authorized to make decisions about my health care treatment that I am otherwise not able to make. This includes but is not limited to consent to initiate, continue, discontinue, or refuse medical care and treatment, as well as healthcare coordination. This includes artificial nutrition or hydration, surgical procedures and the withholding or withdrawal of life sustaining treatments. If I have executed an advance directive or living will, I authorize and direct my Health Care Agent to follow these directions. If I have not stated any wishes or desires, my Health Care Agent should act in my best interest.

4. **My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself as long as I am capable. This power of attorney will become effective only when I am unable to make health care decisions for myself as determined by my attending physician or their designee. My designated Health Care Agent’s power will cease if and when I regain my capacity to make health care decisions as determined by my attending physician or their designee.

5. **Durable.** I intend to create a durable health care power of attorney. This power of attorney shall not be affected by my disability.

6. **End Date.** This health care power of attorney will terminate if I revoke it or when I die.

7. **Revocation.** I hereby revoke any prior grants of durable power of attorney for health care I have signed in the past. Should such prior durable power of attorney for health care exist in a document containing other grants of powers of attorney, I intend this document to revoke only the health care grants of power.

Signed _____ Date _____

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
Harborview Medical Center – Northwest Hospital & Medical Center
Valley Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

DURABLE POWER OF ATTORNEY HC
Page 1 of 3



UH0289 REV NOV 18

L

NOTARIZATION

State of Washington

County of _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that the Grantor, _____, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

SUBSCRIBED and SWORN to before me on _____

SIGNATURE OF NOTARY _____

PRINT NAME OF NOTARY _____

NOTARY PUBLIC for the State of Washington

My commission expires: _____

WITNESSES

In lieu of notarization, this document may be witnessed by two competent persons who are NOT:

- Home care providers for the principal;
- Care providers at an adult family home or long-term care facility in which the principal resides; or
- Related to the principal or any designated Health Care Agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.

Witness Name _____ Signature _____

Witness Name _____ Signature _____

Contact Information (Optional)

Agent Name:	Agent Telephone Number:	Other Contact Information:
Alternate Agent Name:	Alternate Agent Telephone Number:	Other Contact Information:

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – Northwest Hospital & Medical Center
Valley Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

DURABLE POWER OF ATTORNEY HC

Page 2 of 3



U0289

DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

If you are unable to make informed health care decisions for yourself, you can designate others to make those decisions for you. In order of priority, Washington state law ([RCW 7.70.065](#)) gives this authority to:

1. A court-appointed guardian;
2. The person you granted a durable power of attorney for health care decisions;
3. Your spouse or state registered domestic partner;
4. Your children who are over the age of eighteen, if all agree on a decision;
5. Your parents, if all agree on a decision; then
6. Your adult brothers and sisters, if all agree on a decision.

A durable power of attorney (DPOA) for health care is the legal document that allows you to choose the person you would like to make health care decisions for you. It can be any adult you trust, including a close friend or other relative. Your physician or their employees, or the owners, administrators or employees of a health care or long-term care facility where you receive care cannot be appointed unless they are related to you.

The person you appoint as your health care agent must make decisions consistent with your wishes, or if they are unknown, in your best interest. This may include decisions to initiate, continue, discontinue or refuse medical care and treatment. This includes artificial nutrition or hydration, surgical procedures, and the withholding or withdrawal of life sustaining treatments. It is important that you discuss your wishes with the person(s) you designate as your agent. You may want to complete an Advance Directive for Health Care to memorialize these discussions and your preferences. Your provider can give you more information about that form.

A DPOA for health care may take many forms. The attached form is a sample which, when properly completed, becomes effective only when you are unable to make your own health care decisions. You may choose to use this DPOA form or any other legally sufficient form you wish. Washington State requires this directive to be notarized or witnessed by two different witnesses. Although we provide this for your convenience, we cannot assure the validity of the form.

This is not intended as a substitute for legal advice. Should you have any questions about DPOA for health care, including completing this form, please contact an attorney. If you would like assistance in locating an attorney, including low cost or legal aid options, you can contact the King County Bar Association at (206) 267-7010. You may also visit www.washingtonlawhelp.org for free legal information and self-help materials.

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – Northwest Hospital & Medical Center
Valley Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

DURABLE POWER OF ATTORNEY HC

Page 3 of 3



U0289

UH0289 REV NOV 18