



## FORMULARIO DE PODER NOTARIAL PERMANENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

*Es éticamente apropiado designar a una persona de confianza para que tome decisiones sobre atención médica por usted en caso de que se encuentre incapacitado para hacerlo. En la vida hay momentos en los que necesitamos apoyarnos en otras personas para que decidan lo que es mejor para nosotros. Es su derecho planificar para estos momentos en los que necesite alguien que decida por usted acerca de su atención médica.*

En el caso de que yo no esté capacitado para dar mi consentimiento informado, yo, \_\_\_\_\_  
(escriba su nombre completo en letra imprenta)  
como la persona interesada, designo y nombro a la persona abajo mencionada como mi apoderado para atención médica (en lo sucesivo, agente).

### PERSONA DESIGNADA:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

En el caso de que la persona designada más arriba no esté capacitada o disponible para actuar en mi nombre, yo nombro a la persona listada más abajo como mi agente para atención médica.

### PERSONA DESIGNADA ALTERNATIVA:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### PODERES RELACIONADOS CON LAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Mi agente de atención médica tendrá el poder de tomar decisiones sobre mi salud en mi nombre si yo me encuentro incapacitado para hacerlo. Mi agente tiene la autoridad de dar consentimiento informado a los proveedores de atención médica, incluyendo la autoridad de tomar decisiones sobre la administración, retención o retirada de tratamientos médicos con el fin de prolongar la vida. Como católico, creo en la misericordia de Dios, que envió a su Hijo, Jesucristo, para redimirnos y así gocemos de la vida eterna. Deseo seguir las enseñanzas de la Iglesia, especialmente en cuanto al final de mi vida.

*Puede incluir instrucciones adicionales*

Instrucciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



La intención de este documento es crear un poder notarial permanente de atención médica conforme a lo establecido en el Apartado 11.94 del Código revisado de Washington. Tendrá efecto ante mi incapacidad de tomar mis propias decisiones y continuará vigente durante el periodo que dure tal incapacidad en la medida permitida por la ley o hasta que yo lo revoque. .

Al firmar este documento, indico que comprendo el propósito y efecto de este poder notarial permanente de atención médica.

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

*(La legislatura del estado de Washington requiere de dos testigos o de la notarización de un poder notarial permanente para la atención médica. Los testigos son importantes por ser "testigos" de que usted comprende lo que está firmando. Los miembros del personal que cuida de su salud podrán ser testigos del Poder Notarial Permanente de atención médica.)*

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(escriba el nombre en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
(escriba el nombre en letra imprenta)

ESTADO DE WASHINGTON

Condado de \_\_\_\_\_

En el día de la fecha compareció personalmente ante mí \_\_\_\_\_ conocido como el individuo descrito y quien ejecutó el instrumento adjunto y precedente, y reconoció que él/ella lo firmó como su libre y voluntario acto y hecho para los fines y propósitos mencionados en el mismo.

Otorgado bajo mi firma y sello oficial este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público en y para el Estado de Washington,  
Residente en \_\_\_\_\_  
Mi nombramiento caduca \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE DIRECTIVAS PARA LOS MÉDICOS

*Creo que la vida es un don preciado de Dios como un bien sagrado que debo proteger y cuidar. Es mi creencia que tengo el deber de preservar mi vida, pero también creo que he sido creado para la vida eterna en unión con Dios. Deseo seguir la enseñanza de la Iglesia católica que permite que rechace o me rebúse a recibir tratamientos que no ofrecen beneficios razonables y que impongan una carga excesiva. Este documento describe mis deseos:*

Directiva hecha en este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre completo en letra imprenta) estando en plena posesión de mis facultades

mentales, voluntariamente expreso mi deseo de que mi vida no sea prolongada por métodos médicos en las circunstancias abajo mencionadas, y por el presente declaro que:

*(Puede elegir marcando con sus iniciales una o ambas de las siguientes opciones.)*

\_\_\_\_\_ Si mi médico actual me diagnostica una condición terminal en la cual la aplicación de un "tratamiento de soporte de vida" serviría solamente para prevenir mi muerte natural, yo ordeno que ese tratamiento se omita o retire y que se me permita morir naturalmente. En la medida de lo posible, solicito que las medidas de soporte de vida sean utilizadas para permitirme recibir la Unción de Enfermos de un sacerdote católico. Por ende, deseo que mi tratamiento se limite a tratamientos médicos con la sola intención de mantener mi dignidad, mi bienestar y aliviar mi dolor.

\_\_\_\_\_ Si dos médicos diagnostican que estoy en un estado de inconciencia permanente y que no hay probabilidades de recuperación, no deseo recibir ni continuar con tratamientos para prolongar mi vida. Así, deseo que mi tratamiento se limite a las medidas necesarias para mantener mi dignidad, bienestar y aliviar mi dolor.

Si me diagnostican una condición terminal o de inconciencia permanente y no hay probabilidades de recuperación:

*(Podrá elegir iniciar una de las siguientes acciones. Esto brindará orientación a su médico.)*

\_\_\_\_\_ SÍ, deseo recibir alimentación e hidratación artificiales mientras sean de beneficio para mí y alivien mi dolor.

\_\_\_\_\_ NO deseo recibir alimentación ni hidratación artificiales si éstas dejan de ser un beneficio o si representan una carga excesiva para mí.

*(Podrá incluir abajo cualquier otra declaración con respecto a sus intenciones o deseos acerca del al final de su vida)*

Además, yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Ante la incapacidad de dar directivas con respecto al uso de procedimientos de soporte de vida, es mi intención que este testamento vital sea respetado por mi familia y mis médicos como la última expresión de mi derecho legal de rehusarme a recibir tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de tal negativa. Solicito que mi agente o delegado alternativo tome estas decisiones por mí, ya sea por medio de un poder notarial permanente u otro medio. Solicito que la persona se guíe por las directivas que expreso en el testamento vital y por cualquier otra expresión clara de mis deseos.

Es mi deseo que cada parte de esta directiva sea plenamente cumplida. Si, por alguna razón, cualquier parte es considerada inválida, es mi deseo que el resto de mi directiva sea cumplida.

Cualquiera de mis médicos podrá enviar una copia de este documento al centro de salud bajo cuyo cuidado me encuentre.

Si he sido diagnosticada con un embarazo y mi médico tiene conocimiento, esta directiva no tendrá efecto ni fuerza legal durante el curso de mi embarazo.

Comprendo el contenido completo de esta directiva y me encuentro en pleno uso de mis facultades emocionales y mentales para firmarla.

*Firma* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, condado y estado de residencia*

Conozco personalmente al declarante y creo que él / ella es persona de sano juicio. La firma que aparece más arriba fue escrita en mi presencia. No tengo relación consanguínea ni matrimonial con la persona y, según mi conocimiento, no tengo ningún derecho a ninguna parte de los bienes del declarante.

*Testigo* \_\_\_\_\_  
*(firma del testigo)*

\_\_\_\_\_  
*(nombre escrito con letra imprenta)*

*Residente en:* \_\_\_\_\_

*Testigo* \_\_\_\_\_  
*(firma del testigo)*

\_\_\_\_\_  
*(nombre escrito con letra imprenta)*

*Residente en:* \_\_\_\_\_



## ORGANIZACIÓN DEL FUNERAL Y ENTIERRO

La muerte marca el fin de su vida sobre la tierra y el comienzo de su vida eterna. Puede ayudar a su familia y amigos en el duelo brindándoles algunas instrucciones acerca de su funeral y entierro. Las parroquias a menudo tienen lineamientos para funerales y se les debe consultar al organizar un funeral. Los Cementerios Católicos ofrecen material informativo sobre la planificación de un funeral que le pueden resultar útiles.

Lo siguiente puede ayudarle con la planificación. Indique sus preferencias o las instrucciones específicas que tenga.

I. Me gustaría que el servicio de mi funeral se realice en \_\_\_\_\_

II. Me gustaría que las siguientes personas participen del servicio:

A. Portadores del féretro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Otros participantes (acomodadores, lectores, portadores de las ofrendas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. Mis pasajes favoritos de las Escrituras y mi música litúrgica preferida son:

A. Lecturas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

B. Música

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

IV. La Iglesia Católica recomienda el entierro del cuerpo, pero permite la cremación. La Iglesia recomienda que el cuerpo esté presente para los servicios religiosos (Misa), incluso si se desea la cremación. Para respetar la naturaleza sagrada de los restos cremados del cuerpo, la Iglesia sostiene que sean tratados de la misma manera que los restos no cremados. Esto incluye el entierro de los restos cremados en un cementerio o columbario.

Me gustaría:

- A. \_\_\_\_\_ Entierro tradicional de mi cuerpo
- B. \_\_\_\_\_ Cremación después de mi funeral
- C. \_\_\_\_\_ Cremación antes de mi funeral



V. Me gustaría que mis restos descansan en el cementerio \_\_\_\_\_  
(añadir nombre del cementerio).

VI. \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO tengo un espacio para mi entierro.

La Iglesia Católica enseña que, con el consentimiento, "La donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio, que debe ser alentado como manifestación de solidaridad generosa" (Catecismo de la Iglesia Católica, 2296). El cuerpo debe ser tratado con respeto, y si el cuerpo es donado, se recomienda un servicio memorial. Los restos del cuerpo del donante, luego de la investigación médica, deben ser enterrados de forma apropiada.

A. Soy donante de órganos. \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

B. Deseo donar mi cuerpo. \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

Indique detalles, si ha hecho arreglos para donar su cuerpo o partes específicas del mismo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII. Mi testamento y documentos personales se encuentran guardados en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VIII. Para más detalles sobre la planificación anticipada, podrá contactar con:

A. Associated Catholic Cemeteries, Arquidiócesis de Seattle: 206-524-1451  
[mycatholiccemetery.org](http://mycatholiccemetery.org)

B. Holy Cross Funeral & Cemetery Services, Diócesis de Spokane: 509-467-5496  
[holycrossofspokane.org](http://holycrossofspokane.org)

C. Catholic Cemeteries of Yakima, Diócesis de Yakima: 509-457-8462  
[yakimadiocese.org/directory-church\\_direct/categories/cemeteries](http://yakimadiocese.org/directory-church_direct/categories/cemeteries)

Los cementerios católicos son signos de esperanza que ofrecen un lugar de oración y testimonio de nuestra creencia en la resurrección prometida por medio de Jesucristo. Este ministerio brinda una guía para la planificación anticipada y sirve como un recurso de información para los servicios de entierro y funeral.