



### Poder de representación para atención médica

El poder de representación para atención médica en virtud de SDCL 59-7-2.5 y artículos siguientes puede, pero no debe, tener el siguiente formato.

### PODER DE REPRESENTACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, persona mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, designo a  
(nombre del mandante)

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
(nombre del representante) (su domicilio y número de teléfono)

como mi apoderado ("representante") para que preste su consentimiento, lo deniegue o retire respecto de procedimientos, tratamientos e intervenciones médicas. En el caso de que la persona designada no pueda o quiera actuar como mi representante de atención médica, o no esté disponible para hacerlo, designo como sucesor a:

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
(nombre del sucesor) (su domicilio y número de teléfono)

Mi representante (o el sucesor) puede tomar por mí las decisiones médicas que yo podría tomar en forma individual si tuviera la capacidad para hacerlo (salvo por las restricciones detalladas a continuación). Todas estas decisiones deben tomarse de acuerdo con los estándares médicos aceptados y el representante (o sucesor) no puede autorizar que se me nieguen o retiren los cuidados paliativos.

Mi representante (o el sucesor) puede autorizar la suspensión del tratamiento de soporte vital, según se establece en mi testamento o en mis instrucciones anticipadas (salvo las limitaciones indicadas en ellos), si elaboré tales documentos.

En el caso de que no pueda comunicarme de forma verbal o no verbal, no demuestre movimientos intencionados ni capacidad motora y sea incapaz de interactuar intencionadamente con la estimulación del entorno y (1) tenga una afección incurable e irreversible que, de acuerdo con los estándares médicos aceptados, la muerte sea inminente si no se administra un tratamiento de soporte vital o (2) esté en coma o en un estado de inconsciencia permanente que, de acuerdo con los estándares médicos aceptados, dure indefinidamente sin una mejoría significativa: *(Firme con sus iniciales en una sola de las tres opciones siguientes y, si no está de acuerdo con ninguna de las dos primeras, se ofrece un espacio para que escriba sus propias instrucciones).*

\_\_\_\_\_ Autorizo a mi representante (o al sucesor) para que indique que se me retire la nutrición o hidratación artificial.

\_\_\_\_\_ No autorizo a mi representante (o al sucesor) para que indique que se me retire la nutrición o hidratación artificial.

\_\_\_\_\_ Autorizo lo siguiente: \_\_\_\_\_

Este poder de representación para atención médica solo estará vigente en el período en que mi médico determine de buena fe que no tengo capacidad para tomar decisiones.

Al tomar decisiones sobre mi salud en mi nombre, mi representante (o el sucesor) deberá tener en cuenta la recomendación del médico de cabecera, la decisión que yo habría tomado si en ese momento tuviera la capacidad para hacerlo (si se la conoce) y la decisión que sería más conveniente para mí.

Establezco las siguientes instrucciones para guiar a mi representante (o al sucesor): (Puede escribir más instrucciones o limitaciones a continuación).

Fecha: \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_  
(su firma)

\_\_\_\_\_  
(su domicilio) (típee o escriba su nombre), mandante



REFERENCE

**Durable Power of Attorney for Health Care**

A health care power of attorney pursuant to SDCL 59-7-2.5 et seq. may, but need not be, in the following form:

**DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

I, \_\_\_\_\_, being an adult of sound mind, hereby appoint  
 (name of principal)

\_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_  
 (name of agent) (his/her address and telephone number)

as my attorney-in-fact ("agent") to consent to, to reject or to withdraw consent for medical procedures, treatment or intervention. In the event the person I appoint above is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I appoint as my successor agent:

\_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_  
 (name of successor agent) (his/her address and telephone number)

My agent (or any successor agent) may make any health care decisions for me which I could make individually if I had decisional capacity (except for any limitations given below). All such decisions shall be made in accordance with accepted medical standards and the agent (or any successor agent) may not authorize the withholding or withdrawal of comfort care from me.

My agent (or any successor agent) may authorize the withholding of life-sustaining treatment as set forth in my living will or advance directive (except for any limitations given therein) if I have executed one.

In the event I am unable to communicate verbally or non-verbally, demonstrate no purposeful movement or motor ability and am unable to interact purposefully with environmental stimulation and (1) I have an incurable and irreversible condition such that, in accordance with accepted medical standards, death is imminent if life-sustaining treatment is not administered or (2) I am in a coma or I have a condition of permanent unconsciousness that, in accordance with accepted medical standards, will last indefinitely without significant improvement: *(Initial only one of the following three options and if you do not agree with either of the first two options, space is provided below for you to write your own instructions.)*

\_\_\_\_\_ I authorize my agent (or any successor agent) to direct the withholding of artificial nutrition or hydration from me.

\_\_\_\_\_ I do not authorize my agent (or any successor agent) to direct the withholding of artificial nutrition or hydration from me.

\_\_\_\_\_ I authorize the following: \_\_\_\_\_

This durable power of attorney for health care is effective only during any period in which my physician has determined in good faith that I do not have decisional capacity.

Whenever making any health care decision for me, my agent (or any successor agent) shall consider the recommendation of my attending physician, the decision I would have made if I then had decisional capacity (if known) and the decision that would be in my best interests.

I give the following instructions to help guide my agent (or any successor agent): (You may write additional instructions or limitations below.)

Date: \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (your signature)

\_\_\_\_\_  
 (your address)

\_\_\_\_\_  
 (type or print your name), principal



POA

**Poder de representación para atención médica**

**Certificación notarial**

El \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2 \_\_\_\_\_, el mandante, \_\_\_\_\_, compareció ante mí, quien suscribe, y firmó este documento en mi presencia.

\_\_\_\_\_  
Notario público

[SELLO]  
Mi matrícula vence:

O

**Declaraciones de dos testigos**

El mandante firmó este documento de forma voluntaria en mi presencia.

\_\_\_\_\_  
(firma del primer testigo)

\_\_\_\_\_  
(domicilio del testigo)

\_\_\_\_\_  
(tipee o escriba el nombre del testigo), testigo

El mandante firmó este documento de forma voluntaria en mi presencia.

\_\_\_\_\_  
(firma del segundo testigo)

\_\_\_\_\_  
(domicilio del testigo)

\_\_\_\_\_  
(tipee o escriba el nombre del testigo), testigo

**NOTA PARA LA PERSONA QUE OTORGA UN PODER DE REPRESENTACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA**

Este es un documento legal importante. Sea meticuloso al elaborar este poder de representación para atención médica. Si usa este formulario, léalo en su totalidad. Se recomienda contar con ayuda de un profesional para asegurarse de que el formulario tenga el efecto que desea y no contenga errores.

Tiene derecho a revocar este documento por completo o en parte en cualquier momento, siempre y cuando no haya sido declarado incapaz. La revocación es efectiva cuando la comunica a su médico de cabecera o a otro proveedor de atención médica.



FOR REFERENCE

**Durable Power of Attorney for Health Care**

**Notarization**

On this the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_, the principal, \_\_\_\_\_,  
personally appeared before the undersigned officer and signed the foregoing document in my presence.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

[SEAL]  
My commission expires:

**OR**

**Statements of Two Witnesses**

The principal voluntarily signed this document in my presence.

\_\_\_\_\_  
(first witness signature)

\_\_\_\_\_  
(witness address)

\_\_\_\_\_  
(type or print witness' name), witness

The principal voluntarily signed this document in my presence.

\_\_\_\_\_  
(second witness signature)

\_\_\_\_\_  
(witness address)

\_\_\_\_\_  
(type or print witness' name), witness

**NOTICE TO PERSON MAKING A DURABLE POWER OF ATTORNEY  
FOR HEALTH CARE**

This is an important legal document. Prepare this durable power of attorney for health care carefully. If you use this form, read it completely. You may want to seek professional help to make sure the form does what you intend and is completed without mistakes.

You have the right to revoke this document in whole or in part at any time you have not been determined to be incapable. A revocation is effective when it is communicated to your attending physician or other health care provider.