



1325 S. Cliff Ave.
 P.O. Box 5045
 Sioux Falls, SD 57117-5045
 605-322-8000



TESTAMENTO DE VIDA - PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN DE SALUD

Yo, _____, siendo un adulto de sano juicio, por la presente designo a
 (Nombre del Mandante)

_____, de _____

(Nombre del agente) (dirección y número de teléfono de él/ella)

como mi abogado-de-hecho ("agente") a autorizar a, a rechazar o a retirar el consentimiento para los procedimientos médicos, tratamiento, o intervención. En el caso de que la persona que nombro arriba sea incapaz, no quiere, o no está disponible para actuar como mi agente de atención de salud, designo como mi agente sucesor a:

_____, de _____

(Nombre del agente sucesor) (dirección y número de teléfono de él/ella)

Mi agente (o cualquier agente sucesor), puede tomar las decisiones de atención médica para mí, lo cual yo podría hacer de forma individual si tuviera la capacidad de tomar decisiones (con excepción de las limitaciones dadas a continuación). Todas estas decisiones se adoptarán en conformidad con las normas médicas aceptadas y el agente (o cualquier agente sucesor) no puede autorizar la retención o el retiro de la atención para mantenerme cómodo. Mi agente (o cualquier agente sucesor) podrán autorizar la retención de tratamiento para preservar la vida tal como se expone en mi testamento de vida o directiva avanzada (con la excepción de las limitaciones aquí incluidas) si yo he ejecutado una.

En el caso de que yo sea incapaz de comunicarme de forma verbal o no verbal, no demuestre ningún movimiento voluntario o capacidad motora, y soy incapaz de interactuar a propósito con la estimulación ambiental y (1) tengo una enfermedad incurable y condición irreversible de tal manera que, de acuerdo con los estándares médicos aceptados, la muerte es inminente, si no se suministra tratamiento para mantener la vida, o (2) Estoy en un estado de coma o tengo una condición de inconsciencia permanente que, en acuerdo con los estándares médicos aceptados, tendrá una duración indefinida y sin mejoría significativa (ponga una inicial solamente en una de las tres opciones siguientes y si no está de acuerdo con cualquiera de las primeras dos opciones, se proporciona espacio a continuación para que usted escriba sus propias instrucciones.)

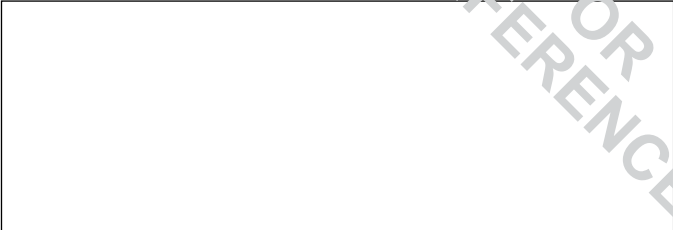
_____ Si mi muerte es inminente o si yo estoy inconsciente permanentemente, yo decido no prolongar mi vida. Si se ha iniciado tratamiento para preservar la vida, párenlo pero manténgame cómodo y que se controle mi dolor.

_____ Aún si mi muerte es inminente o Yo estoy inconsciente permanentemente, yo decido prolongar mi vida.

_____ Yo no acepto ninguna de las opciones arriba, y aquí están mis instrucciones en caso de que yo tenga una enfermedad terminal y mi muerte es inminente o si yo estoy inconsciente permanentemente.

Este poder notarial duradero para la atención de la salud es eficaz sólo durante cualquier período en el que mi médico haya determinado de buena fe que no tengo la capacidad de decisión. Siempre que se toma cualquier decisión de atención médica por mí, mi agente (o cualquier agente sucesor) deberán tener en cuenta la recomendación de mi médico a cargo, la decisión que yo habría tomado si yo tuviera la capacidad de decisión (si se conoce) y la decisión que sería lo mejor para mí. Doy las siguientes instrucciones para ayudar a guiar a mi agente (o cualquier agente sucesor): (Usted puede escribir instrucciones o limitaciones adicionales a continuación)

	1325 S. Cliff Ave. P.O. Box 5045 Sioux Falls, SD 57117-5045 605-322-8000
---	---



REFERENCE

LIVING WILL – 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 nonverbally, 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.)

- _____ If my death is imminent or I am permanently unconscious, I choose not to prolong my life. If life sustaining treatment has been started, stop it, but keep me comfortable and control my pain.
- _____ Even if my death is imminent or I am permanently unconscious, I choose to prolong my life.
- _____ I choose neither of the above options, and here are my instructions should I become terminally ill and my death is imminent or I am permanently unconscious: _____

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.)



1325 S. Cliff Ave.
 P.O. Box 5045
 Sioux Falls, SD 57117-5045
 605-322-8000



ADVA DIR

Con respecto a la nutrición e hidratación artificial, yo ordeno lo siguiente (Ponga las iniciales en solamente uno):

_____ Si mi muerte es inminente o si yo estoy inconsciente permanentemente, Yo no quiero nutrición e hidratación artificial. Si éste se ha iniciado, párenlo

_____ Aún si mi muerte es inminente o si yo estoy permanentemente inconsciente, Yo quiero nutrición e hidratación artificial.

_____ Yo autorizo lo siguiente: _____

Fecha: _____, 2 _____ (Firma Suya)

_____ (Dirección suya) _____ (Firma en Imprenta)

Certificación Notarial

En este _____ día de _____, 2 _____, el declarante, _____, Personalmente se presentó ante el oficial abajo firmante y firmó el documento en precedencia mencionado arriba en mi presencia.

 Notario Público

[SELLO]
 Mi comisión se vence:

O

Declaración de Dos Testigos

El declarante voluntariamente firmó éste documento en mi presencia.

 (Firma del Primer Testigo)

_____ (Dirección del Testigo) _____ (Nombre del testigo en imprenta)

El declarante voluntariamente firmó éste documento en mi presencia.

 (Firma del Segundo Testigo)

_____ (Dirección del Testigo) _____ (Nombre del testigo en imprenta)

	1325 S. Cliff Ave.
	P.O. Box 5045
	Sioux Falls, SD 57117-5045
	605-322-8000



REFERENCE

With respect to artificial nutrition and hydration, I direct the following (Initial only one.):

_____ If my death is imminent or I am permanently unconscious, I do not want artificial nutrition and hydration. If it has been started, stop it.

_____ Even if my death is imminent or I am permanently unconscious, I want artificial nutrition and hydration.

_____ I authorize the following: _____

Date: _____, 2 _____

_____ (your signature)

_____ (your address) _____ (type or print your name)

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)

The principal voluntarily signed this document in my presence.

_____ (second witness signature)

_____ (witness address) _____ (type or print witness' name)