

HAWÁI

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación de los usuarios que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia del cuidado durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.
4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.

5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Hawái**, que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

La **Parte 1, Poder notarial duradero para decisiones de atención médica**, le permite nombrar a alguien a fin de que tome decisiones de atención médica en su nombre, incluidas las decisiones sobre el soporte vital. El poder notarial duradero para decisiones de atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda hacerlo o elegir tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte 2, Instrucciones para la atención médica** funciona como su testamento en vida para su estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo y padezca una afección incurable e irreversible que resulte en la muerte en un plazo relativamente corto, o si entra en estado de inconsciencia y, a un grado razonable de certeza médica, no recuperará la conciencia, o si los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados.

La **Parte 3, Donación de órganos**, es una sección opcional que le permite registrar sus deseos con respecto a la donación de órganos.

La **Parte 4, Médico principal**, es una sección opcional que le permite nombrar a su médico de principal.

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Hawái?

Para que sus instrucciones anticipadas para la atención médica sean legalmente vinculantes, tiene dos opciones:

Opción 1: Firme su documento o reconozca su firma en presencia de dos testigos, quienes también deben firmar el documento para demostrar que lo conocen personalmente y creen que está en pleno uso de sus facultades mentales, y que no está bajo coacción, fraude o influencia indebida. Ninguno de sus testigos puede ser:

- la persona que nombró como su agente, o

- un proveedor de atención médica o un empleado de un proveedor o centro de atención médica.

Además, uno de sus testigos no puede:

- estar relacionado con usted por sangre, adopción o matrimonio, O
- tener derecho a cualquier parte de su patrimonio.

U

Opción 2: Firme su documento o reconozca su firma ante un notario público en Hawái.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si las personas que usted nombra como agentes no pueden, no quieren o no están disponibles para actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

El **Poder notarial duradero para decisiones de atención médica** entra en vigor (a) cuando su médico determina que usted ya no puede comprender los beneficios, riesgos y alternativas de la atención médica propuesta, o tomar y comunicar decisiones de atención médica usted mismo, o (b) de inmediato, si lo establece en el documento. Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Hawái relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar el nombramiento de su agente solo mediante un escrito firmado o informando personalmente a su proveedor de atención médica que supervisa. Puede revocar la totalidad o parte de las instrucciones anticipadas para la atención médica (excepto el nombramiento de un nuevo agente) en cualquier momento y de cualquier manera que comunique su intención de revocarlas.

Las instrucciones anticipadas nuevas revocan las instrucciones anticipadas anteriores en la medida en que entren en conflicto entre sí.

A menos que usted indique expresamente lo contrario en su Poder notarial duradero para decisiones de atención médica, el nombramiento de su cónyuge como su agente se revocará en automático tras la anulación, divorcio o disolución de su matrimonio, o si está separado de forma legal.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

EXPLICACIÓN

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a alguien más para que tome decisiones de atención médica por usted. Este formulario le permite hacer cualquiera de estas cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos con respecto al nombramiento de su proveedor de atención médica. Si utiliza este formulario, puede completar o modificar todo o parte del mismo. Usted es libre de usar un formulario diferente.

La **Parte 1** de este formulario es un Poder notarial para la atención médica. La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para que tome decisiones de atención médica en su nombre, en caso de que sea incapaz de tomar sus propias decisiones, o si desea que otra persona tome esas decisiones por usted ahora, aunque todavía pueda hacerlo. Puede nombrar a un agente suplente para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. A menos que esté relacionado con usted, su agente no puede ser el propietario, operador o empleado de una institución de atención médica en la que la que usted recibe atención.

A menos que el formulario que firme limite la potestad de su agente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica en su nombre. Este formulario tiene un espacio en el cual usted puede limitar la potestad de su agente. No es necesario que limite la potestad de su agente si desea confiar en él o ella para todas las decisiones de atención médica que deban tomarse. Si elige no limitar la potestad de su agente, su agente tendrá derecho a:

- (a) aceptar o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de alguna manera una afección física o mental;
- (b) elegir o descartar a proveedores e instituciones de atención médica;
- (c) aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, programas de medicación y órdenes de no reanimación; y
- (d) ordenar el suministro, la retención o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica.

La **Parte 2** de este formulario le permite dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica. Se ofrecen opciones para que usted exprese sus deseos con respecto al suministro, la retención o el retiro del tratamiento para mantenerle con vida, incluido el suministro de nutrición e hidratación artificiales, así como el suministro de medicamentos para el alivio del dolor. Se le proporciona un espacio para que agregue las elecciones que ha tomado o para que escriba cualquier otro deseo adicional.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI - PÁGINA 2 DE 11

EXPLICACIÓN
(CONTINUACIÓN)

La **Parte 3** de este formulario le permite dar instrucciones sobre sus deseos para la donación de órganos.

La **Parte 4** de este formulario le permite nombrar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

Después de completar este formulario, firme y feche el formulario al final, y asegúrese de que el formulario sea atestiguado por alguno de los dos métodos alternativos que se describen a continuación. Entregue una copia del formulario firmado y completado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución de atención médica en la que esté recibiendo cuidados y a cualquier agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que nombró como agente para asegurarse de que comprenda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad. Tiene derecho a revocar estas instrucciones anticipadas de atención médica o reemplazar este formulario en cualquier momento.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI -
PÁGINA 3 DE 11**

**PARTE 1
PODER NOTARIAL DURADERO PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

(1) NOMBRAMIENTO DEL AGENTE: Nombro a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

(nombre de la persona que elige como agente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro como mi primer agente suplente a:

(Nombre de la persona a la que elige como primer agente suplente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi agente y de mi primer agente suplente, o si ninguno está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro como mi segundo agente suplente a:

(Nombre de la persona a la que elige como segundo agente suplente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO (PARTICULAR Y DEL TRABAJO) DE SU AGENTE PRINCIPAL.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO (PARTICULAR Y DEL TRABAJO) DE SU PRIMER AGENTE SUPLENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO (PARTICULAR Y DEL TRABAJO) DE SU SEGUNDO AGENTE SUPLENTE.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI
- PÁGINA 4 DE 11**

AGREGUE INSTRUCCIONES PERSONALES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR EL PODER DE SU AGENTE.

PUEDE AGREGAR INSTRUCCIONES QUE NO LIMITEN EL PODER DE SU AGENTE EN EL PÁRRAFO (9) A CONTINUACIÓN.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SI DESEA QUE LA POTESTAD DE SU AGENTE ENTRE EN VIGOR DE INMEDIATO, DE LO CONTRARIO, SU AGENTE SOLO TENDRÁ POTESTAD SI SE DETERMINA QUE USTED NO PUEDE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES.

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN DE LOS PÁRRAFOS 4 O 5 QUE NO REFLEJE SUS DESEOS.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

(2) **POTESTAD DEL AGENTE:** Mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones de proporcionar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificiales, y todas las otras formas de atención médica para mantenerme con vida, **excepto** como lo declaro aquí:

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

(3) **CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DE MI AGENTE:** La potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que marque la siguiente casilla. Si marco esta casilla [], la potestad de mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entrará en vigor de inmediato.

(4) **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí con base en este poder notarial para la atención médica, cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario, y mis otros deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará decisiones de atención médica por mí de acuerdo con lo que determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que los conozca.

(5) **NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR:** Si un tribunal debe nombrar un tutor de mi persona, yo nombro al agente que mencionado en este formulario. Si ese agente no está dispuesto, es incapaz o no está razonablemente disponible para actuar como tutor, nombro a los agentes suplentes, a quienes mencioné, en el orden indicado.

PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si está satisfecho con permitir que su agente determine lo que es mejor para usted al tomar decisiones al final de la vida, no necesita llenar esta parte del formulario. Si llena esta parte del formulario, puede tachar cualquier texto que no desee que aparezca.

(6) **DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado brinden, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción que marqué a continuación: **(Escriba sus iniciales solo en una casilla).**

[] (a) **Elijo NO prolongar mi vida**

No deseo que se prolongue mi vida si (i) padezco una afección incurable e irreversible que resultará en la muerte en un plazo relativamente corto, (ii) si pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré el conocimiento, o (iii) si los probables riesgos y cargas del tratamiento superan los beneficios esperados, **O**

[] (b) **Elijo prolongar mi vida**

Quiero que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

(7) **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES:** Se debe suministrar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificiales, de acuerdo con lo que elegí en el párrafo (6), a menos que marque la siguiente casilla. Si marco esta casilla [], se debe proporcionar nutrición e hidratación artificiales, independientemente de mi afección y de la elección que haya hecho en el párrafo (6).

(8) **ALIVIO DEL DOLOR:** Si marco esta casilla [], deseo que se me proporcione un tratamiento para aliviar el dolor o la incomodidad, incluso si acelera mi muerte.

ESCRIBA SUS INICIALES EN EL PÁRRAFO QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SOLO SI DESEA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES, INDEPENDIENTEMENTE E DE SU AFECCIÓN MÉDICA.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SOLO SI DESEA TRATAMIENTO PARA EL DOLOR Y COMODIDAD, INCLUSO SI SIGNIFICA QUE PODRÍA MORIR MÁS RÁPIDO.

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
CASILLA QUE
REFLEJE MEJOR SUS
DESEOS.

TACHE CUALQUIER
DECLARACIÓN QUE
NO DESEE.

MÉDICO PRINCIPAL
(OPCIONAL)
ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO PRINCIPAL.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, DIRECCIÓN
Y NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO PRINCIPAL
SUPLENTE
(OPCIONAL).

© 2005 National
Alliance for Care at
Home. Revisado en
2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI - PÁGINA 7 DE 11

PARTE 3: DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA MUERTE (OPCIONAL)

(10) Tras mi muerte: (marque la casilla correspondiente)

(a) Dono cualquier órgano, tejido o partes
necesarias.

(b) Dono solo los siguientes órganos, tejidos o partes necesarias.

Mi donación es para los siguientes propósitos:

(tache cualquiera de las siguientes opciones que no desee)

(i) Trasplante

(ii) Terapia

(iii) Investigación

(iv) Educación

PARTE 4: MÉDICO PRINCIPAL (OPCIONAL)

(11) Nombre al siguiente médico como mi médico principal:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono)

OPCIONAL: Si el médico antes designado no está dispuesto, no es capaz o no está
razonablemente disponible para actuar como mi médico principal, designo al siguiente
médico como mi médico principal:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI - PÁGINA 8 DE 11

(12) **EFFECTO DE COPIA:** Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(13) **CUMPLIMIENTO**

Estas instrucciones anticipadas para la atención médica no serán válidas para tomar decisiones de atención médica, a menos que SEA:

(A) firmadas por dos testigos adultos calificados que usted conoce personalmente y que están presentes cuando firma o reconoce su firma; los testigos no pueden ser un proveedor de atención médica empleado en la institución o centro de atención médica donde usted recibe atención médica, un empleado del proveedor de atención médica que le brinda atención médica, un empleado de la institución o centro de atención médica donde recibe atención médica, o la persona designada como su agente de acuerdo con este documento; al menos uno de los dos testigos no puede estar relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción ni tener derecho a una parte de su patrimonio tras su muerte, en virtud de su testamento o codicilo. (Use la Alternativa 1 a continuación si decide firmar ante dos testigos).

O

(B) reconocidas ante un notario público en el estado. (Use la Alternativa 2 a continuación si decide firmar ante un notario).

PUEDE FIRMAR SU
FORMULARIO ANTE
TESTIGOS O ANTE
UN NOTARIO.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HAWÁI -
PÁGINA 9 DE 11**

ALTERNATIVA N.º 1 (firme con dos testigos)

EN VIRTUD DE LO CUAL, he firmado aquí mi nombre este

_____ día de _____ de _____.
(día) (mes) (año)

(firma del mandante)

Testigo que no está relacionado ni es beneficiario del mandante

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con la Sección 710-1062 de los Estatutos Revisados de Hawái, que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este poder notarial en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no está sujeto a coacción, fraude o influencia indebida, que no soy la persona nombrada como agente en este documento, y que no soy el proveedor de atención médica ni un empleado de un proveedor o institución de atención médica. No estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio o adopción y, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante en caso de fallecimiento de este en virtud de un testamento existente o por aplicación de la ley.

(firma del testigo y fecha)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

(dirección)

_____ (ciudad) _____ (estado) _____ (código postal)

FIRME Y FECHÉ
EL DOCUMENTO
AQUÍ.

TESTIGO N.º 1

ESTE TESTIGO NO
PUEDE ESTAR
RELACIONADO CON
USTED NI TENER
DERECHO A
NINGUNA PARTE DE
SU PATRIMONIO.

PIDA QUE SU
TESTIGO FIRME Y
FECHÉ EL
DOCUMENTO Y
ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE Y
DIRECCIÓN.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE
HAWÁI - PÁGINA 10 DE 11**

TESTIGO N.º 2

ALTERNATIVA N.º 1 (firme con dos testigos, continuación)

Testigo que puede estar relacionado o ser beneficiario del mandante

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con la Sección 710-1062 de los Estatutos Revisados de Hawái, que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este poder notarial en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no está sujeto a coacción, fraude o influencia indebida, que no soy la persona nombrada como agente en este documento, y que no soy el proveedor de atención médica ni un empleado de un proveedor o institución de atención médica.

(firma del testigo y fecha)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

PIDA QUE SU
TESTIGO FIRME Y
FECHE EL
DOCUMENTO Y
ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE Y
DIRECCIÓN.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE
HAWÁI - PÁGINA 11 DE 11**

ALTERNATIVA N.º 2 (Firme ante un notario)

EN VIRTUD DE LO CUAL, he firmado aquí mi nombre este
_____ día de _____ de _____.
(día) (mes) (año)

(firma del mandante)

Estado de Hawái

Condado de _____

En este _____ día de _____, del año
_____,

ante mí, _____ (inserte el nombre del notario

público) se presentó _____, a quien conozco
personalmente (o que me demostró con base en pruebas satisfactorias) como la
persona cuyo nombre está suscrito en este documento y reconozco que lo
ejecutó.

Sello notarial

(firma del notario público)

FIRME Y FECHÉ
EL DOCUMENTO
AQUÍ.

ESTA PARTE DEBE
COMPLETARLA UN
NOTARIO
PÚBLICO.