



Documentos de Poder Notarial Duradero

¿Qué es un documento de Poder Notarial Duradero?

Un documento de Poder Notarial Duradero permite que usted seleccione a una amistad o pariente en quien confía para que le ayude con sus finanzas y/o sus decisiones sobre el cuidado de su salud. Después que usted lo firma, la persona que usted selecciona llevará el documento del poder notarial a sus proveedores médicos, el banco, la escuela, y otros lugares para tomar decisiones y firmar contratos tal como si él o ella fuera usted.

La amistad o pariente de confianza que usted selecciona para que le ayude con sus finanzas y/o decisiones sobre el cuidado de su salud se conoce como su “agente”.

¿Necesito firmar mi documento ante un notario?

Debería firmar su Poder Notarial Duradero ante un notario. Si no puede encontrar un notario, puede firmar ante dos testigos “desinteresados” en vez. Sin embargo, la notarización es preferible, especialmente para un Poder Notarial Duradero para las Finanzas.

¿Qué hago después de firmarlo?

Haga dos copias después de firmar los documentos. Entregue el documento original a su agente, dé una copia a su agente suplente, y usted quédese con la segunda copia.

¿Puedo hacer cambios a mis documentos del Poder Notarial y elegir un agente nuevo?

Usted puede revocar (cancelar) su documento del poder notarial en cualquier momento por medio de aviso escrito a su agente. Este paquete informativo incluye un ejemplo de un “Aviso de Revocación”. También puede entregar copia de este aviso escrito a sus proveedores médicos, el banco, la escuela, y otros lugares que pudieran aceptar el documento anterior del poder notarial.

¿Y si necesito asistencia legal?

Si usted vive fuera del Condado de King, llame a la línea directa de CLEAR al 1-888-201-1014 de lunes a viernes entre las 9:15 a.m. y las 12:15 p.m. También puede aplicar por Internet en nwjustice.org/get-legal-help.

Si vive en el Condado de King, llame al 211 para información y referencia a un proveedor de servicios legales apropiado de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y 6:00 p.m. Puede encontrar más información en el sitio web de: www.resourcehouse.com/win211/.

Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden llamar a CLEAR o al 211 (o al número gratuito 1-877-211-9274) utilizando el servicio de retransmisión de su preferencia.

En WashingtonLawHelp.org, hay publicaciones gratuitas de educación legal, videos y paquetes de autoayuda cubriendo muchos temas legales.

Esta publicación ofrece información general acerca de sus derechos y responsabilidades.

No es su intención reemplazar asesoramiento legal específico.

Se otorga permiso para su copia y distribución a *Alliance for Equal Justice* y a individuos solo para fines no comerciales.

Durable Power of Attorney for Finances
Poder Notarial Duradero para Finanzas
for/para

[My Name/ (Mi Nombre)]

1. **Agent.** I choose _____ as my Agent with full authority to manage my finances.
(Agente. Yo selecciono a _____, como mi Agente con plena autoridad para administrar mis finanzas.)

2. **Alternate.** If _____ is unable or unwilling to act, I choose _____ as my Agent with full authority to manage my finances.
(Suplente. Si _____ no puede o no está dispuesto a actuar, selecciono a _____, como mi Agente con plena autoridad para administrar mis finanzas.)

3. **My Rights.** I keep the right to make financial decisions for myself as long as I am capable.
(Mis derechos. Me reservo el derecho de tomar decisiones financieras por mí mismo mientras sea capaz de hacerlo.)

4. **Durable.** My Agent can use this power of attorney document to manage my finances even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. This power of attorney document shall not be affected by my disability.
(Duradero. Mi Agente puede usar este documento de poder notarial para administrar mis finanzas aún si yo me enfermo o me lesiono y no puedo tomar decisiones por mí mismo. Este documento de poder notarial no se verá afectado por mi discapacidad.)

5. **Start Date.** This power of attorney document is effective: (check one)
(Fecha de Inicio. Este documento de poder notarial entra en vigencia: (marcar uno))
 - Immediately/ *(Inmediatamente)*
 - Only if my medical provider signs a letter saying I cannot make decisions for myself.
(Solamente si mi proveedor médico firma una carta diciendo que no puedo tomar decisiones por mí mismo.)

6. **End Date.** This power of attorney document will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney document will end if either of us files for divorce in court.
(Fecha de Fin. Este documento de poder notarial vence si yo lo revoco o cuando yo muera. Si mi cónyuge o pareja doméstica es mi Agente, este documento de poder notarial vence si cualquiera de nosotros presenta una petición de divorcio en el juzgado.)

7. **Revocation.** I revoke any power of attorney for finances documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney document at any time by giving written notice of revocation to my Agent.

(Revocación. Yo revocó cualquier documento de poder notarial para finanzas que haya firmado en el pasado. Comprendo que puedo revocar este documento de poder notarial en cualquier momento dando aviso escrito de la revocación a mi Agente.)

8. **Powers.** My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including, but not limited to, the power to make deposits to, and payments from, any account in my name in any financial institution, to open and remove items from any safe deposit box in my name, to sell, exchange or transfer title to stocks, bonds or other securities, and to sell, convey or encumber any real or personal property. My agent shall also have the following **special powers:** (check all that apply)

(Poderes. Mi Agente tendrá plenos poderes y autoridad para hacer cualquier cosa tan plena y efectivamente como yo podría hacerlo por mí mismo, incluyendo, pero sin limitarse a, lo siguiente: el poder para hacer depósitos a, y pagos desde, cualquier cuenta a mi nombre en cualquier institución financiera, para abrir y retirar artículos de cualquier caja de seguridad a mi nombre, para vender, intercambiar o transferir títulos de acciones, bonos u otros valores, y para vender, traspasar o gravar cualquier bien mueble o inmueble. Mi agente también tendrá los siguientes poderes especiales: (marcar todo lo que corresponda))

- create, amend, revoke, or terminate a living trust
(crear, enmendar, revocar, o cancelar un fideicomiso testamentario)
- make gifts of my money or property
(hacer regalos de mi dinero o propiedad)
- create or change my rights of survivorship
(crear o cambiar mis derechos de supervivencia)
- create or change my beneficiary designation(s)
(crear o cambiar mi(s) designación(s) de beneficiario(s))
- delegate some authority granted in this document to someone else
(delegar alguna facultad otorgada en este documento a otra persona)
- waive my right to be the beneficiary of an annuity or retirement plan
(renunciar a mi derecho a ser el beneficiario de un plan de anualidad o jubilación)
- create, amend, revoke, or terminate my community property agreement
(crear, enmendar, revocar, o cancelar mi convenio de bienes en comunidad)
- tell a trustee to make distributions from a trust just as I could
(decir a un fideicomisario que haga distribuciones de un fideicomiso tal como yo podría)

9. **No Power to Agree to Pre-Dispute Binding Arbitration.** My agent does not have the power to

agree to pre-dispute binding arbitration or any other process involving my person or property that limits my right to a jury, to sue for money, or to join a class action.
(No Se Otorga Poder para Aceptar Arbitraje Vinculante Pre-Disputa. Mi Agente no tiene poder para aceptar arbitraje vinculante pre-disputa o ningún otro proceso que involucre mi persona o propiedad que limite mi derecho a un jurado, a demandar por dinero, o a unirme a una acción legal colectiva.)

10. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my finances and show these records to me at my request.

(Contabilidad. Mi Agente debe mantener registros fidedignos de mis finanzas y debe mostrarme esta documentación cuando yo lo pida.)

11. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as the guardian of my estate for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.

(Nominación de Guardián. Nomino a mi Agente como el guardián de mi sucesión para su consideración por el tribunal si procedimientos de tutela llegarán a ser necesarios.)

12. **HIPAA Release.** I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my Agent.

(Autorización de HIPAA. Autorizo a mis proveedores de salud a compartir toda la información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) con mi Agente.)

My Signature/ (Mi Firma)

Date/ (Fecha)

Notarization / (Notarización)

State of Washington / (Estado de Washington)

County of / (Condado de) _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____, 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.

(Certifico saber o tener pruebas satisfactorias que _____, es la persona que apareció ante mí, firmó arriba, y reconoció que la firma se hizo libre y voluntariamente para los efectos mencionados en el presente instrumento.)

Date / (Fecha)

Signature of Notary/ (Firma de Notario)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

(Notario Público para el Estado de Washington.)

My commission expires *(Mi comisión vence)* _____.

Durable Power of Attorney for Health Care
Poder Notarial Duradero para la Salud
for/de

[My Name/(Mi nombre)]

1. **Agent.** I choose _____ as my Agent with full authority to manage my health care.
(Agente. Yo selecciono a _____, como mi Agente con plena autoridad para administrar la atención de mi salud.)

2. **Alternate.** If _____ is unable or unwilling to act, I choose _____ as my Agent with full authority to manage my health care.
(Suplente. Si _____ no puede o no está dispuesto a actuar, selecciono a _____, como mi Agente con plena autoridad para administrar la atención de mi salud.)

3. **My Rights.** I keep the right to make health care decisions for myself as long as I am capable.
(Mis derechos. Me reservo el derecho de tomar decisiones sobre la atención de mi salud por mí mismo mientras sea capaz de hacerlo.)

4. **Durable.** My Agent can still use this power of attorney document to manage my affairs even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. This power of attorney shall not be affected by my disability.
(Duradero. Mi Agente puede usar este documento de poder notarial para administrar mis asuntos aún si yo me enfermo o me lesiono y no puedo tomar decisiones por mí mismo. Este poder notarial no se verá afectado por mi discapacidad.)

5. **Start Date.** This power of attorney document is effective on the day I sign it.
(Fecha de Inicio. Este documento de poder notarial entra en vigencia el día que yo lo firme.)

6. **End Date.** This power of attorney document will end if I revoke it or when I die. If my spouse or domestic partner is my Agent, this power of attorney document will end if either of us files for divorce in court.
(Fecha de Fin. Este documento de poder notarial vence si yo lo revoco o cuando yo muera. Si mi cónyuge o pareja doméstica es mi Agente, este documento de poder notarial vence si cualquiera de nosotros presenta una petición de divorcio en el juzgado.)

7. **Revocation.** I revoke any other power of attorney for health care documents I have signed in the past. I understand that I may revoke this power of attorney document at any time by giving written notice of revocation to my Agent.
(Revocación. Yo revocó cualquier documento de poder notarial para la salud que haya firmado en el pasado. Comprendo que puedo revocar este documento de poder notarial en cualquier momento dando aviso escrito de la revocación a mi Agente.)
8. **Powers.** My Agent shall have full power and authority to do anything as fully and effectively as I could do myself, including the power to make health care decisions and give informed consent to my health care, refuse and withdraw consent to my health care, employ and discharge my health care providers, apply for and consent to my admission to a medical, nursing, residential or other similar facility that is not a mental health treatment facility, serve as my personal representative for all purposes under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, as amended, and to visit me at any hospital or other medical facility where I reside or receive treatment.
(Poderes. Mi Agente tendrá plenos poderes y autoridad para hacer todo tan plena y efectivamente como yo podría hacerlo por mí mismo, incluyendo el poder para tomar decisiones sobre la atención para mi salud y dar consentimiento informado para la atención de mi salud, rehusar y retirar consentimiento para la atención de mi salud, emplear y despedir a mis proveedores de salud, aplicar y consentir a mi admisión a un establecimiento médico, de enfermería, residencial, o algún otro establecimiento similar que no sea una institución para el tratamiento de salud mental, servir como mi representante personal para todo fin en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), según sea enmendada, y para visitarme en cualquier hospital u otro establecimiento médico donde yo resida o reciba tratamiento.)
9. **Mental Health Treatment.** My Agent is not authorized to arrange for my commitment to or placement in a mental health treatment facility. My Agent is not authorized to consent to electroconvulsive therapy, psychosurgery, or other psychiatric or mental health procedures that restrict physical freedom of movement.
(Tratamiento de Salud Mental. Mi Agente no está autorizado para gestionar mi reclusión o internación en un establecimiento para el tratamiento de la salud mental. Mi agente no está autorizado a consentir a terapia electroconvulsiva, psicocirugía, o algún otro procedimiento psiquiátrico o de salud mental que restrinja la libertad física de movimiento.)
10. **No Power to Agree to Binding Pre-Dispute Arbitration.** My agent does not have the power to agree to pre-dispute binding arbitration or any other process involving my person or property that limits my right to a jury, to sue for money, or to join a class action.
(No Se Otorga Poder para Aceptar Arbitraje Vinculante Pre-Disputa. Mi Agente no tiene poder para aceptar arbitraje vinculante pre-disputa o cualquier otro proceso que involucre mi persona o propiedad que limite mi derecho a un jurado, a demandar por dinero, o a unirme a una acción legal colectiva.)
11. **Accounting.** My Agent shall keep accurate records of my financial affairs and show these

records to me at my request.

(Contabilidad. Mi Agente debe mantener registros fidedignos de mis asuntos financieros y debe mostrarme esta documentación cuando yo lo pida.)

12. **Nomination of Guardian.** I nominate my Agent as the guardian of my person for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.
(Nominación de Guardián. Nomino a mi Agente como el guardián de mi persona para su consideración por el tribunal si procedimientos de tutela llegarán a ser necesarios.)
13. **HIPAA Release.** I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my Agent.
(Autorización de HIPAA. Autorizo a mis proveedores de salud a compartir toda la información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) con mi Agente.)

My Signature/ (Mi Firma)

Date/ (Fecha)

Notarization (preferred) / (Notarización - preferible)

State of Washington / (Estado de Washington)

County of / (Condado de) _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____, 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.

(Certifico saber o tener pruebas satisfactorias que _____, es la persona que apareció ante mí, firmó arriba, y reconoció que la firma se hizo libre y voluntariamente para los efectos mencionados en el presente instrumento.)

Date / (Fecha)

Signature of Notary/ (Firma de Notario)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

(Notario Público para el Estado de Washington.)

My commission expires (Mi comisión vence) _____.

Statement of Witnesses (alternative) / (Declaración de los testigos (alternativa))

On _____, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

(A fecha de _____, el declarante de este documento lo firmó en mi presencia. Creo que el declarante es capaz de tomar decisiones de salud, de comprender este documento, y de haberlo firmado voluntariamente.)

- I am not related to the principal by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
(No estoy emparentado con el mandante por sangre, matrimonio o unión de hecho registrada en el estado.)
- I am not a home care provider for the principal nor do I provide care at an adult family home or long-term care facility in which the principal resides.
(No soy un proveedor de cuidados en el hogar del mandante ni proporciono cuidados en un hogar para adultos o en un centro de cuidados a largo plazo donde resida el mandante.)

Witness 1 / (Testigo 1)

Witness 2 / (Testigo 2)

Signature / (Firma)

Signature / (Firma)

Print Name / (Nombre con letra de molde)

Print Name / (Nombre con letra de molde)

Address / (Dirección)

Address / (Dirección)

Revocation of Durable Power of Attorney
Revocación de Poder Notarial Duradero
for / para

- Finances / *Las Finanzas***
- Health Care / *La Salud***

I, _____, hereby revoke the Durable Power of Attorney I gave to
(Yo, _____, *por el presente revoco el Poder Notarial Duradero que di a*
_____.

My Signature / (*Mi Firma*)

Date / (*Fecha*)

Notarization / (*Notarización*)

State of Washington/ (*Estado de Washington*)
County of/ (*Condado de*) _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____, 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.

(*Certifico saber o tener pruebas satisfactorias que _____, es la persona que
apareció ante mí, firmó arriba, y reconoció que la firma se hizo libre y voluntariamente para los efectos
mencionados en el presente instrumento.*)

Date / (*Fecha*)

Signature of Notary/ (*Firma de Notario*)
NOTARY PUBLIC for the State of Washington.
(*Notario Público para el Estado de Washington.*)
My commission expires (*Mi comisión vence*)_____.

Glosario

A continuación, hay algunos términos que puede encontrar útiles cuando lea un documento de poder notarial:

- **Agente:** la persona de confianza que usted selecciona para que le ayude con sus finanzas o atención de salud.
- **Arbitraje Vinculante:** un proceso para resolver disputas legales con una compañía de manera extrajudicial, o sea, sin acudir al juzgado. Generalmente, el arbitraje limita su derecho a un juicio por jurado, limita la cantidad de dinero que a usted se le puede otorgar, y previene que usted entable una demanda colectiva en contra de la compañía. Además, es la compañía la que generalmente selecciona a los árbitros.
- **Beneficiario:** una persona que recibe dinero o propiedad. Por ejemplo, si usted tiene un seguro de vida y muere, la persona que recibe el dinero del seguro se llama el beneficiario. La persona que recibe dinero o propiedad de un fideicomiso también se llama beneficiario.
- **Bienes Inmuebles:** edificios y terrenos.
- **Bienes Muebles:** cosas como efectivo, acciones, alhajas, ropa, muebles o carros.
- **Convenio de Bienes en Comunidad:** un acuerdo escrito entre una pareja casada o una pareja doméstica que dice que cuando uno muere, todos sus bienes automáticamente pasan al otro.
- **Derechos de supervivencia:** un convenio escrito entre personas que son propietarios de bienes juntos. El convenio dice que cuando un copropietario muere, el(los) otro(s) copropietario(s) recibe(n) el bien automáticamente.
- **Designación de Beneficiario:** la parte de un contrato que dice quien debiera ser el beneficiario. Por ejemplo, la designación de beneficiario en una póliza de seguro de vida es la parte que dice quien recibirá el dinero después que usted muera.
- **Duradero:** “Duradero” significa que su documento sigue teniendo poder legal y su agente puede seguir ayudándole aunque usted se enferme o se lesione y no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Fideicomiso:** un convenio escrito donde el fideicomiso es propietario de dinero y bienes siendo administrado por una persona (fideicomisario) para el beneficio de otra persona o personas (beneficiario o beneficiarios). Generalmente se necesita contratar a un abogado para crear un fideicomiso.
- **Fideicomisario:** la persona que administra un fideicomiso.
- **Notario (o Notario Público):** una persona que tiene licencia del Estado para atestiguar las firmas en documentos. Usted debe firmar su documento de poder notarial ante un notario, quien también firmará el documento y le pondrá un sello oficial de notario.
- **Revocar:** cancelar.
- **Testigo Desinteresado:** una persona que no es un proveedor de atención médica en su hogar o centro de atención prolongada o que esté emparentada con usted por medio de lazos sanguíneos, matrimonio o unión de hecho inscrita en el registro estatal.