

DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE AND HEALTH CARE DIRECTIVE

*(PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y DIRECTIVAS
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD)*

Question and Answers, Instructions and Sample Form

(Preguntas y Respuestas, Instrucciones y un Ejemplo de Formulario)

**Distributed as a public service
by**



The Missouri Bar
*(Distribuido como un servicio publico
por la
Asociacion de Abogados de Missouri)*

Ordering Information

(Informacion para Ordenar)

Additional copies of this form are available at courthouses, libraries, and University of Missouri Extension Centers across Missouri at no charge. The form may be photocopied for use by additional persons. The form may also be ordered directly from The Missouri Bar. *Single* copies of the form are available from The Missouri Bar at no charge. However, a charge has been placed on multiple copies in order to cover the costs of printing, handling and postage. A check or money order for the correct amount must be sent to The Missouri Bar before multiple copies of the form may be mailed. *(Copias adicionales de este formulario estan disponibles en las Cortes, Librerias, y en la Centros de Extension de la Universidad de Missouri a traves de el Estado de Missouri sin un costo alguno. Este Formulario puede ser fotocopiado para el uso de otras personas. Este formulario tambien puede ser ordenado directamente de la Asociacion de Abogados de Missouri. Copias individuales de este formulario estan disponibles por medio de la Asociacion de Abogados de Missouri sin costo alguno. Sin embargo, existe un costo para copias multiples para poder cubrir los gastos de impresion, manejo y correo. Un cheque o money order por el monto correcto tiene que ser enviado a la Asociacion de Abogados de Missouri antes de que copias multiples de este formulario sean enviadas por correo.)*

To order multiple copies of the form, refer to the pricing chart below. *(Para ordenar copias multiples de este formulario, refiera a la lista de precios indicado abajo.)*

PRICE CHART *(LISTA DE PRECIOS)*

Single copies No charge

(Copias individuales sin costo alguno)

Additional copies 75 cents per copy

(Copias adicionales 75 centavos por copia)

Please send a written request for the number of copies you desire, along with a check or money order for the correct amount, to: *(Por favor envie un pedido por escrito de el numero de copias que usted quiere, con un cheque o money order con el monto correcto, a:)*

Health Care Proxy Form
The Missouri Bar
P.O. Box 119
Jefferson City, MO 65102-0119

From The Missouri Bar To You *(Desde la Asociacion de Abogados de Missouri Para Usted)*

This health care decisions form has been developed as a project of The Missouri Bar, the statewide association for all lawyers. Working for the public good, The Missouri Bar strives to improve the law and the administration of justice. *(Este formulario para decisiones del cuidado de la salud ha sido creado como un proyecto de la Asociacion de Abogados de Missouri, que es la asociacion de todos los Abogados en el Estado. Trabajando para el bienestar de la comunidad, La Asociacion de Abogados de Missouri se esfuerza para mejorar las leyes y la administracion de la justicia.)*

**Durable Power of Attorney for
Health Care
and Health Care Directive**

*(Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud y Directivas
Para el Cuidado de la Salud)*

Published by The Missouri Bar

(Publicado por la Asociacion de Abogados de Missouri)

Read the Questions and Answers and Instructions which accompany this form carefully before attempting to complete the Durable Power of Attorney for Health Care and Health Care Directive. This form is not the only way to express your desires regarding future health care. This form is distributed with the understanding that The Missouri Bar, its committees, authors and speakers do not thereby render legal advice. If you do not understand this form, or if you feel the form does not meet your needs, you should consult a lawyer. *(Lea con cuidado las Preguntas y Respuestas e Instrucciones que acompañan a este formulario antes de completar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud y Directivas Para el Cuidado de la Salud. Este formulario no es la única manera de hacer conocer sus necesidades relacionadas con el cuidado de su salud para el futuro. Se entiende que al distribuir este formulario, ni la Asociación de Abogados de Missouri, ni sus comités, autores y presentadores están dando un consejo legal. Si usted no entiende este formulario, o si usted cree que este formulario no incluye todas sus necesidades, usted debería consultar con un abogado)*

This form belongs to:*(Este formulario pertenece a:)*

Name: *(Nombre:)* _____

Address: *(Dirección:)* _____

Telephone: *(Teléfono:)* _____

Social Security Number: *(Número de Seguro Social:)* _____

Medicare Number: *(Número de Medicare:)* _____

**QUESTIONS AND ANSWERS CONCERNING THE
DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE
AND HEALTH CARE DIRECTIVE**

*(Preguntas y Respuestas acerca del Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud y
Directivas Para el Cuidado de la Salud)*

INTRODUCTION

(Introduccion)

Many Missouri citizens are concerned about the health care they may receive if they cannot express their desires. The Missouri Bar is providing this form to you as a public service. This form is not the only way to express your desires regarding future health care. If you have special needs, you may want to consult a lawyer. This form allows you to appoint an agent to make health care decisions if you are unable to do so. The form also allows you to furnish clear and convincing proof of your intentions regarding your future health care

(Muchos ciudadanos del Estado de Missouri estan preocupados acerca del cuidado de su salud que podrian recibir si ellos no pueden expresar lo que quieren. La Asociacion de Abogados de Missouri estan entregando este formulario a usted como un servicio publico. Este formulario no es la unica manera de hacer conocer sus necesidades relacionadas con el cuidado de su salud para el futuro. Si usted tiene necesidades especiales, usted deberia consultar con un abogado. Este formulario le permite a usted designar a un agente para que haga las decisiones del cuidado de su salud si usted no puede hacerlo. Este formulario tambien le permite a usted aportar prueba clara y convincente de sus intenciones acerca de su tratamiento del cuidado de su salud para el futuro.)

QUESTIONS AND ANSWERS

(PREGUNTAS Y RESPUESTAS)

The following questions and answers may help you understand the form:

(Las siguientes preguntas y respuestas pueden ayudarle a entender este formulario:)

Do I need a lawyer to complete this form? *(Necesito un abogado para completar este formulario?)*

A. No. However, if you do not feel this form meets your needs, you may want to consult a lawyer.

(No. Pero, si usted cree que este formulario no incluye todas sus necesidades, usted deberia consultar con un abogado.)

Why does this form have three parts? *(Por que tiene este formulario tres partes?)*

A. Part I is your Durable Power of Attorney for Health Care. It allows you to appoint someone to make decisions for you if you are unable to act concerning your health care. *(Parte I es su Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud. Esto le permite a usted designar a alguna persona para que tome las decisiones por usted si usted no esta capacitado para actuar en lo relacionado al cuidado de su salud.)*

Part II is your Health Care Directive. It allows you to express your intention regarding your future health care. *Parte II es las Directivas Para el Cuidado de la Salud. Esto le permite a usted expresar lo que quiere acerca del cuidado de su salud en el futuro.)*

Part III provides for notarization. If you intend to use the Durable Power of Attorney For Health Care in Part I, this document **must** be notarized. *(Parte III provee para notarización. Si usted tiene la intención de usar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud en la Parte I, este documento tiene que ser notariado.)*

What is a Durable Power of Attorney for Health Care (Part I)? *(Que es el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I)?)*

A. It is a document that allows you to appoint someone to make all kinds of health care decisions for you, but only if you are not able to do so. These decisions may include, but are not limited to, decisions to withhold or withdraw life-prolonging procedures. *(Es un documento que le permite a usted designar a alguna persona para que tome todo tipo de decisiones acerca del cuidado de su salud, pero solamente si usted no está en capacidad de hacerlo. Estas decisiones pueden incluir, pero no se limitan, a tomar decisiones para suspender o quitar procedimientos que prolongan la vida.)*

What is a Health Care Directive (Part II)? *(Que son las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II)?)*

A. It is like a living will; it is a document that allows you to state in advance your wishes regarding the use of life-prolonging procedures. It may be relied upon when you are unable to communicate your decisions. *(Es como un “living will”; es un documento que le permite establecer por adelantado sus deseos relacionados con el uso de procedimientos para la prolongación de la vida. Esto puede ser usado con confianza cuando usted este incapacitado y no puede comunicar sus decisiones.)*

Do I need both? *(Necesito los dos?)*

A. If you decide that you want someone to speak for you concerning your future health care you will need to fill out the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I). Please consider doing this if there is someone you would like to appoint. If you decide that you want to express your desires about life-prolonging procedures you will need to fill out the Health Care Directive (Part II). The Directive will provide doctors and others with evidence concerning your wishes. The Health Care Directive (Part II) may also serve as a guide for your agent.

(Si usted decide que necesita a alguien que hable por usted acerca de los cuidados de su salud en el futuro, usted necesita llenar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I). Por favor considere hacer esto si hay alguien a quien usted quisiera designar. Si usted decide que quiere expresar sus deseos acerca del uso de procedimientos que prolongan la vida usted necesita llenar las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II). Las Directivas proveerán a los doctores y a otras personas con evidencia acerca de sus deseos. Las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II) también pueden servir como guía para su agente.)

Does the person I appoint as my agent have to be a lawyer? *(La persona que yo designo como mi agente tiene que ser un abogado?)*

A. No. You may appoint a person 18 years of age or older. An agent is usually a close relative or someone you trust with your life. It cannot be your doctor, an employee of your doctor, or an

owner/operator or employee of a health care facility in which you are a resident, unless you are related.

(A. No. Usted puede designar a una persona mayor de 18 años. Un agente es usualmente un pariente cercano o alguien a quien usted le confi con su vida. No puede ser su doctor, un empleado de su doctor, o un dueño/operador o empleado de un lugar de cuidados de salud en el cual usted es residente, a menos que sea pariente.)

Can an agent withhold or withdraw artificially supplied nutrition and hydration? (*Puede un agente suspender o quitar la nutrición e hidratación suministrada artificialmente?*)

A. Yes, if you specifically authorize your agent to do so. The Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) requires that you indicate whether or not you want your agent to have authority to withdraw this type of medical treatment. The Health Care Directive (Part II) also requires that you indicate whether or not you want artificially supplied nutrition and hydration to be withheld or withdrawn under certain circumstances. *(A. Si, si usted específicamente autoriza a su agente hacerlo así. El Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) requiere que usted indique si usted quiere o no que su agente tenga la autoridad para quitar este tipo de tratamiento médico. Las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II) también requiere que usted indique si usted quiere o no que la nutrición e hidratación suministrada artificialmente se la suspenda o termine bajo ciertas circunstancias.)*

When can my agent act? (*Cuando puede mi agente actuar?*)

A. The Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) only become effective when you are incapacitated and unable to make health care decisions. Unless you state otherwise, Missouri law requires two doctors to make the incapacity decision. The form allows you to choose whether you would like one or two doctors to make the incapacity decision. *(A. El Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) solo llega a ser efectivo cuando usted está incapacitado o no puede tomar decisiones para los cuidados de su salud. A menos que usted lo indique de otra forma, la ley en el Estado de Missouri requiere que dos doctores tomen la decisión de incapacidad. El formulario le permite a usted que escoja si usted quiere que uno o dos doctores tomen la decisión de incapacidad.)*

If I already have a Durable Power of Attorney, should I sign a Durable Power of Attorney for Health Care (Part I)? (*Si yo ya tengo un Poder Legal, debería firmar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I)?*)

A. Possibly. Your existing Durable Power of Attorney may not cover health care or comply with Missouri Durable Power of Attorney for Health Care Act. *(A. Posiblemente. Su Poder Legal que actualmente existe tal vez no cubre cuidados de la salud o no concuerda con la ley del Estado Missouri - "Missouri Durable Power of Attorney for Health Care Act.")*

If I already have a Living Will, should I sign a Health Care Directive (Part II)? (*Si yo ya tengo un “Living Will”, debería firmar las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II)?*)

A. Possibly. Many Living Will forms currently in use only apply when you are expected to die within a short period of time and do not allow for the withdrawal or withholding of artificial nutrition and hydration. They do not cover a condition such as the persistent vegetative state which occurred in the well known case of *Cruzan v. Director*, 110 S.Ct. 2841 (1990). (*A. Posiblemente. Muchos formularios “Living Will” actualmente en uso solo se aplican cuando se espera que usted fallezca dentro de un corto periodo de tiempo y no permite quitar o suspender la nutrición e hidratación artificial. Estos no cubren una condición como el estado vegetativo persistente que ocurrió en el caso muy conocido de Cruzan v. Director, 110 S.Ct. 2841 (1990).*)

**DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR
HEALTH CARE
AND
HEALTH CARE DIRECTIVE
(PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA
SALUD Y DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD)**

This form allows you to express your desires concerning your health care. (*Este formulario le permite expresar lo que usted quiere acerca del cuidado de su salud.*)

The Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) allows you to appoint an agent to make health care decisions if you are unable to do so. (*El Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) le permite designar a un agente para que tome las decisiones del cuidado de su salud si usted no esta en capacidad de hacerlo.*)

The Health Care Directive (Part II) allows you to furnish clear and convincing proof of your intentions regarding withholding or withdrawal of life-prolonging procedures, and may be relied upon by your physician even if you are unable to communicate your decisions. (*Las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II) le permite aportar con prueba clara y convincente de sus intenciones acerca de suspender o quitar los procedimientos de prolongacion de la vida, y podria ser usadas con confianza por su medico, asi usted no este en capacidad de comunicar sus decisiones.*)

The General Provisions (Part III) apply to both the Directive and the Power of Attorney. You may complete the Power of Attorney (Part I) or the Directive (Part II) or both. (*Las Provisiones Generales (Parte III) se aplican a los dos, Directivas y Poder Legal. Usted puede completar el Poder Legal (Parte I) o las Directivas (Parte II) o ambos.*)

IF THERE IS A STATEMENT WITH WHICH YOU DO NOT AGREE, YOU MAY CHANGE IT AND ADD YOUR INITIALS. (SI EXISTE ALGUNA DECLARACION CON LA CUAL USTED NO ESTA DE ACUERDO, USTED PUEDE CAMBIARLA Y AÑADIR SUS INICIALES.)

Read the Questions and Answers and Instructions which accompany this form carefully before attempting to complete the Durable Power of Attorney for Health Care and Health Care Directive. This form is not the only way to express your desires regarding future health care. This form is distributed with the understanding that The Missouri Bar, its committees, authors, and speakers do not thereby render legal advice. If you do not understand this form, or if you feel the form does not meet your needs, you should consult a lawyer. (*Lea cuidadosamente las Preguntas, Respuestas e Instrucciones que acompañan a este formulario antes de completar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud y las Directivas Para el Cuidado de la Salud. Este formulario no es la unica manera de hacer conocer sus necesidades relacionadas con el cuidado de su salud en el futuro. Se entiende que al distribuir este formulario, ni la Asociacion de Abogados de Missouri, ni sus comites, autores y presentadores estan dando un consejo legal. Si usted no entiende este formulario, o si usted no cree que este formulario incluye todas sus necesidades, usted deberia consultar con un abogado.*)

**GENERAL INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE
DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE
AND HEALTH CARE DIRECTIVE**

***(INSTRUCCIONES GENERALES PARA COMPLETAR EL PODER LEGAL PERMANENTE
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD)***

Read the entire form before signing or initialing any part. *(Lea el formulario completamente antes de firmar o poner iniciales en alguna parte.)*

Discuss this form with your family and close friends. Include anyone who may be asked to make decisions concerning your future health care if you are unable to do so. *(Discuta este formulario con su familia y amigos cercanos. Incluya a la persona que puede ser solicitada para que tome las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud en el futuro si usted no esta en capacidad de hacerlo.)*

Give a copy of this form to your family, close friends, doctor, lawyer, minister or anyone that may be asked to make decisions concerning your health care if you are unable to do so. *(Entregue una copia de este formulario a su familia, amigos cercanos, doctor, abogado, ministro, o a la persona que puede ser solicitada para que tome las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud si usted no esta en capacidad de hacerlo)*

Do not place the original of this form in your safe deposit box. It will not be usable unless your agent or alternate agents have access to your safe deposit box without your presence through a signature card from the bank where the safe deposit box is located. *(No guarde el formulario original en su caja fuerte. Este formulario no sera util a menos que su agente o los agentes alternantes tengan acceso a su caja fuerte sin su presencia atravez de una tarjeta firmada del banco en donde la caja fuerte esta localizada.)*

Decide whether you want to complete the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) and the Health Care Directive (Part II). You may choose to complete only one or both. *(Decida si quiere completar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) y las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II). Usted puede escoger si quiere completar solamente una o las dos.)*

Instructions for Completing Part I.

(Instrucciones para Completar Parte I)

Durable Power of Attorney for Health Care

(Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud)

If you decide not to complete the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I), write your initials above the line that says “initials” in the shaded box which appears below the words **“Part I. Durable Power of Attorney for Health Care”**.

(Si usted decide no completar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) escriba sus iniciales sobre la línea que dice “iniciales” en el lugar sombreado que aparece bajo las palabras “Parte I. Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud”)

If you decide to complete the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I), please follow the instructions below. *(Si usted decide completar el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I), por favor siga las instrucciones de abajo.)*

DO NOT initial the shaded box below the words **“Part I. Durable Power of Attorney for Health Care”**. *(NO ESCRIBA sus iniciales en el lugar sombreado bajo las palabras “Parte I. Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud.”)*

Complete **Section 1 Selection of Agent** with the name, address, and telephone number of the person you choose as your agent. *(Complete la Sección 1 Selección de Agente con el nombre, dirección, y número de teléfono de la persona que usted escoja como su agente.)*

If you wish to complete **Section 2 Alternate Agents** write the names, addresses, and telephone numbers of persons you would like to be your agent if the person you named in Section 1 is not available. *(Si usted desea completar la Sección 2 Agentes Alternantes, escriba los nombres, direcciones y números telefónicos de las personas que a usted le gustaria que fueran su agente si la persona a quien usted nombro en la Sección 1 no esta disponible.)*

Part I. Durable Power of Attorney for Health Care

(Parte I. Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud)

If you do **NOT** wish to name an agent to make health care decisions for you, write your initials in the box to the right and go to Part II.

(Si usted no desea nombrar a un agente para que tome decisiones sobre el cuidado de su salud, escriba sus iniciales en el cuadro a la derecha y continúe a la Parte II.)

_____ Initials (Iniciales)

This form has been prepared to comply with the “Durable Power of Attorney for Health Care Act” of Missouri. (Este formulario ha sido preparado para cumplir con el “Acta de Poder Legal Permanente para el Cuidado de Salud” en Missouri.)

1. Selection of Agent. (Selección del Agente.) I appoint (Yo nomino):

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

Telephone (Teléfono): _____

as my Agent (como mi Agente).

It is suggested that only one Agent be named. However, if more than one Agent is named, any one may act individually unless you specify otherwise.
(Se sugiere que solo un Agente sea nominado. Sin embargo, si hay más de un agente nombrado, cualquiera de ellos puede actuar individualmente a menos que usted especifique lo contrario.)

2. Alternate Agents Only an Agent named by me may act under this Durable Power of Attorney. If my Agent resigns or is not able or available to make health care decisions for me, or if an Agent named by me is divorced from me or is my spouse and legally separated from me, I appoint the person(s) named below (in the order named if more than one): (**Agentes Alternantes.** Solo un agente nombrado por mí puede actuar bajo este Poder Legal Permanente. Si mi Agente renuncia o si no puede, o no está disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, o si un Agente nombrado por mí se divorcia de mí o si es mi esposo y está legalmente separado de mí, Yo nomino a la persona(s) indicada abajo (en el orden de nominación si hay más de uno):

First Alternate Agent (Primer Agente Alternante)

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

Telephone (Teléfono): _____

Second Alternate Agent (Segundo Agente Alternante)

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

Telephone (Teléfono): _____

THIS IS A DURABLE POWER OF ATTORNEY, AND THE AUTHORITY OF MY AGENT, WHEN EFFECTIVE, SHALL NOT TERMINATE OR BE VOID OR VOIDABLE IF I AM OR BECOME DISABLED OR INCAPACITATED OR IN THE EVENT OF LATER UNCERTAINTY AS TO WHETHER I AM DEAD OR ALIVE. (ESTE ES UN PODER LEGAL PERMANENTE, Y LA AUTORIDAD DE MI AGENTE, CUANDO ESTA EN FUNCION, NO TERMINARA O SERA INVALIDO O INVALIDADO SI YO ESTOY O ME VUELVO INVALIDO O INCAPACITADO O EN UN EVENTO POSTERIOR DE INCERTIDUMBRE ACERCA DE QUE SI YO ESTOY MUERTO O VIVO.)

Instructions for Completing Part I. (Continued)

(Instrucciones para Completar Parte I. (Continuacion)

In **Section 3 Effective Date and Durability** the form lets you choose whether one or two doctors need to certify that you are incapacitated. Incapacitated means that you are no longer able to make decisions for yourself and it is time for your agent to act. *(En la Seccion 3 Fecha y Duracion Efectiva, el formulario le permite a usted escoger si uno o dos doctores necesitan certificar que usted esta incapacitado. Incapacitado significa que usted ya no puede tomar decisiones por usted mismo y es el momento para que su agente actue.)*

Choose whether you want one or two physicians to decide whether you are incapacitated. *(Escoja si usted quiere que uno o dos medicos decidan si usted esta incapacitado)*

If you want two doctors to decide that you are incapacitated, do *not* write anything in this section. *(Si usted quiere que dos doctores decidan que usted esta incapacitado, no escriba nada en esta seccion.)*

If you want one doctor to decide that you are incapacitated, write your initials in the shaded box above the line that says “initials” to the right of the statement “If you want one physician instead of two to decide whether you are incapacitated, write your initials in the box to the right.” that is found in Section 3. *(Si usted quiere que un doctor decida que usted esta incapacitado, escriba sus iniciales en el cuadro sombreado encima de la linea que dice “iniciales” a la derecha de la declaracion “Si usted quiere que un medico en vez de dos decida si usted esta incapacitado, escriba sus iniciales en el cuadro a la derecha.” que se encuentra en la Seccion 3.)*

In **Section 4 Agent’s Powers** you decide whether or not your agent can make decisions concerning withholding or withdrawing artificially supplied nutrition and hydration. Please indicate your decision in the space provided. *(En la Seccion 4 Poderes del Agente usted decide si su agente puede tomar o no decisiones relacionadas con suspender o quitar la nutricion e hidratacion suministrada artificialmente. Por favor indique su decision en el espacio indicado.)*

If you complete this Part I, you **must** sign it before a notary for it to be effective. Please look at the instructions on page 18. *(Si usted completa esta Parte I, usted **tiene** que firmarla ante un notario para que sea efectiva. Por favor vea las intrucciones en la pagina 18.)*

Part I. Durable Power of Attorney for Health Care (Continued)

*(Parte I. Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud
(Continuacion))*

3. Effective Date and Durability. Except for such earlier dates as may be set forth in Section 4, below, this Durable Power of Attorney is effective when **two** physicians decide and certify that I am incapacitated and unable to make and communicate a health care decision. *(3. Fecha y Duracion Efectiva. Excepto por aquellas fechas anteriores como se indicara en la Seccion 4, abajo, este Poder Legal Permanente es efectivo cuando dos medicos deciden y certifican que yo estoy incapacitado y no puedo tomar y comunicar decisiones sobre el cuidado de mi salud.)*

• **If you want ONE physician, instead of TWO, to decide whether you are incapacitated, write your initials in the box to the right.** *(Si usted quiere que UN medico, en vez de DOS, decida si usted esta incapacitado, escriba sus iniciales*

Initials
(Iniciales)

4. Agent's Powers. I grant to my Agent full authority to: *(4. Poderes del Agente. Yo concedo a my Agente completa autoridad para:)*

A. Give consent to, prohibit or withdraw any type of health care, medical care, treatment or procedure, even if my death may result. *(A. Dar consentimiento para, prohibir o quitar cualquier tipo de cuidado de salud, cuidado medico, tratamiento o procedimiento, aun si mi muerte ocurriera.)*

• **If you wish to AUTHORIZE your Agent to direct a health care provider to withhold or withdraw artificially supplied nutrition and hydration (including tube feeding of food and water), write your initials in the box to the right.** *(Si usted desea AUTORIZAR a su agente que dirija a un proveedor de cuidado de salud para que suspenda o quite la nutricion e hidratacion suministrada artificialmente (incluyendo tubo para ingerir alimentos y agua), escriba sus iniciales en el cuadro de la derecha.)*

Initials
(Iniciales)

• **If you DO NOT WISH TO AUTHORIZE your Agent to direct a health care provider to withhold or withdraw artificially supplied nutrition and hydration, (including tube feeding of food and water), write your initials in the box to the right.** *(Si usted NO DESEA AUTORIZAR a su Agente que dirija a un proveedor de cuidado de salud para que suspenda o quite la nutricion e hidratacion suministrada artificialmente (incluyendo el tubo para ingerir alimentos y agua), escriba sus iniciales en el cuadro de la derecha.)*

Initials
(Iniciales)

B. Make all necessary arrangements for health care services on my behalf, and to hire and fire medical personnel responsible for my care; (*B. Que haga los arreglos necesarios para los servicios del cuidado de salud para mi, y contrate y despida al personal medico responsable de mi cuidado;*)

C. Move me into or out of any health care facility (even if against medical advice) to obtain compliance with the decisions of my Agent; and (*C. Que me lleve o me saque de cualquier sitio de cuidado de salud (aun si esta en contra del consejo medico) para cumplir con las decisiones de mi Agente; y*)

D. Take any other action necessary to do what I authorize here, including (but not limited to) granting any waiver or release from liability required by any health care provider, and taking any legal action at the expense of my estate to enforce this Durable Power of Attorney. (*D. Que tome cualquier otra accion necesaria para hacer lo que yo autorizo aqui, incluyendo (pero no limitado a) conceder cualquier renuncia o dispensa de responsabilidad requerida por cualquier proveedor de cuidado de salud, y tomando cualquier accion legal a costo de mi herencia para hacer cumplir este Poder Legal Permanente.*)

E. Act, effective immediately, as my “personal representative” as defined in 45 C.F.R. § 164.502(g), the regulations enacted pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”), and as hereafter amended, for the purpose of authorizing the release of my complete health record as may be necessary in order to obtain for my benefit medical treatment or consultation. (*E. Que actue, con efecto inmediato, como mi “representante personal” definido en el 45 C.F.R. § 164.502(g), las regulaciones promulgadas segun lo acordado en el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”), y de ahora en adelante enmendado, con el proposito de autorizar la dispensa de mi record completo de salud si es necesario para obtener para mi beneficio un tratamiento medico o consulta.*)

5. Agent’s Financial Liability and Compensation. My Agent acting under this Durable Power of Attorney will incur no personal financial liability. My Agent shall not be entitled to compensation for services performed under this Durable Power of Attorney, but my Agent shall be entitled to reimbursement for all reasonable expenses incurred as a result of carrying out any provision hereof. (*5. Compensacion y Responsabilidad Financiera del Agente. Mi Agente al actuar bajo este Poder Legal Permanente no tendra responsabilidad financiera personal. Mi agente no esta autorizado para recibir compensacion por servicios realizados bajo este Poder Legal Permanente, pero mi Agente estara autorizado al reembolso por todos los gastos razonables incurridos como resultado de llevar acabo cualquier provision aqui establecida.*)

Instruction for Completing Part II. Health Care Directive

*(Instrucciones para Completar Parte II.
Directivas Para el Cuidado de Salud)*

If you decide not to complete the Health Care Directive (Part II), write your initials above the line that says “initials” in the shaded box which appears below the words **“Part II. Health Care Directive”**. *(Si usted decide no completar las Directivas Para el Cuidado de Salud (Parte II), escriba sus iniciales sobre la línea que dice “iniciales” en el cuadro sombreado el cual aparece debajo de las palabras “Parte II. Directivas Para el Cuidado de Salud”.)*

If you decide to complete the Health Care Directive (Part II), please follow the instructions below: *(Si usted decide completar las Directivas Para el Cuidado de Salud (Parte II), por favor siga las instrucciones indicadas abajo:)*

DO NOT initial the shaded box below the words **“Part II. Health Care Directive”**. *(NO ESCRIBA sus iniciales en el cuadro sombreado debajo de las palabras “Parte II. Directivas Para el Cuidado de Salud”)*

Read the Directive Carefully. *(Lea Cuidadosamente las Directivas)*

Review the list of life-prolonging procedures and decide which, if any, of these procedures you would like to have withheld or withdrawn. Write your initials next to each procedure you want to be withheld or withdrawn if you are persistently unconscious or there is no reasonable expectation of your recovery from a seriously incapacitating or terminal illness or condition. *(Revise la lista de procedimientos para la prolongación de la vida y decida cual, si hay alguno, de estos procedimientos que a usted le gustaría suspender o quitar. Escriba sus iniciales junto a cada procedimiento que usted quiere suspender o quitar si usted está inconsciente persistentemente o no hay una expectativa razonable de que usted se recobre de una incapacidad seria o enfermedad o condición terminal.)*

Part II. Health Care Directive

(Parte II. Directivas Para el Cuidado de la Salud)

• If you **DO NOT WISH** to make a health care directive, write your initials in the box to the right, and go to Part III. (Si usted **NO DESEA** seguir las Directivas Para el Cuidado de la Salud, escriba sus iniciales en el cuadro de la derecha, y vaya a la Parte III.)

Initials (Iniciales)

I make this HEALTH CARE DIRECTIVE (“Directive”) to exercise my right to determine the course of my health care and to provide clear and convincing proof of my wishes and instructions about my treatment. (Yo hago estas DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (“Directivas”) para ejercer mi derecho a determinar el curso del cuidado de mi salud y proveer una prueba clara y convincente de mis deseos e instrucciones acerca de mi tratamiento.)

If I am persistently unconscious or there is no reasonable expectation of my recovery from a seriously incapacitating or terminal illness or condition, I direct that all of the life-prolonging procedures that I have initialled below be withheld or withdrawn. (Si yo estoy inconciente permanentemente o si no hay una expectativa razonable de mi recuperacion de una incapacitacion seria o una enfermedad o condicion terminal, Yo autorizo que todos los procedimientos de prolongacion de la vida donde yo he escrito mis iniciales abajo sean suspendidas o quitadas)

I want the following life-prolonging procedures to be withheld or withdrawn: (Yo quiero que los siguientes procedimientos de prolongacion de la vida sean suspendidos o quitados:)

- **artificially supplied nutrition and hydration (including tube feeding of food and water)** (hidratacion y nutricion suministrados artificialmente (incluyendo el tubo para ingerir alimentos y agua)
- **surgery or other invasive procedures** (cirugia u otros procedimientos que invaden al cuerpo).
- **heart-lung resuscitation (CPR)** (resucitacion cardio pulmonar) (CPR).
- **antibiotic** (antibioticos).
- **dialysis** (dialisis)
- **mechanical ventilator (respirator)** (respirador mecanico (respirador)).
- **chemotherapy** (quimoterapia).
- **radiation therapy** (terapia radioactiva)
- **all other “life-prolonging” medical or surgical procedures that are merely intended to keep me alive without reasonable hope of improving my condition or curing my illness or injury** (todos los otros procedimientos medicos o quirurgicos de prolongacion de la vida que estan simplemente intentando mantenerme vivo sin una esperanza razonable de mi mejoramiento de mi condicion o cura de mi enfermedad o heridas)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

Initials (Iniciales)

However, if my physician believes that any life-prolonging procedure may lead to a significant recovery, I direct my physician to try the treatment for a reasonable period of time. If it does not improve my condition, I direct the treatment be withdrawn even if it shortens my life. I also direct that I be given medical treatment to relieve pain or to provide comfort, even if such treatment might shorten my life, suppress my appetite or my breathing, or be habit-forming. *(Sin embargo, si mi medico cree que algun procedimiento de prolongacion de la vida podria conducir a una recuperacion significativa, yo autorizo a mi medico que pruebe el tratamiento por un periodo de tiempo razonable. Si no mejora mi condicion, yo autorizo que el tratamiento se quite aunque esto acorte me vida. Yo tambien autorizo que me den un tratamiento medico para aliviar mi dolor o para que me de comodidad, aun si este tratamiento podria acortar mi vida, suprimir mi apetito o mi respiracion, o se forme habito.)*

I want to donate my organs or tissues and realize it may be necessary to maintain my body artificially after my death on a breathing machine until my organs can be removed. *(Yo quiero donar mis organos o tejidos y me doy cuenta que puede ser necesario para mantener mi cuerpo artificialmente despues de mi muerte que se lo ponga en una maquina de respiracion hasta que mis organos puedan ser estirpados.)*

- Yes (*Si*) No (*No*) I do not want to address this question now
(Yo no quiero contestar esta pregunta ahora)

IF I HAVE NOT DESIGNATED AN AGENT IN THE DURABLE POWER OF ATTORNEY, THIS DOCUMENT IS MEANT TO BE IN FULL FORCE AND EFFECT AS MY HEALTH CARE DIRECTIVE.
(SI YO NO HE DESIGNADO UN AGENTE EN EL PODER LEGAL PERMANENTE, ESTE DOCUMENTO TIENE FUERZA LEGAL Y EFECTIVA COMO MIS DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO DE MI SALUD)

Instructions for Completing Part III.

(Instrucciones para Completar Parte III.)

General Provisions Included in the Directive and Durable Power of Attorney

*(Provisiones Generales Incluidas en las
Directivas y en el Poder Legal Permanente)*

Part III. must be completed for the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) and the Health Care Directive (Part II) to be effective. Please see the instructions on the back of the following page. (Parte III. tiene que ser completado para que el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) y las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II) sean efectivas. Por favor vea las instrucciones al reverso de la siguiente pagina.)

Part III. General Provisions Included in the Directive and Durable Power of Attorney

(Parte III. Provisiones Generales Incluidas en las Directivas y en el Poder Legal Permanente)

1. Relationship Between Directive and Durable Power of Attorney. If I have executed the Directive and the Durable Power of Attorney, I encourage my Agent to follow my wishes as expressed in the Directive in making decisions regarding life-prolonging procedures. However, I have confidence in my Agent's ability to make decisions in my best interest, and I authorize my Agent to make decisions that are contrary to my Directive in his or her best judgment. If the Durable Power of Attorney is somehow determined to be ineffective, or if my Agent is not able to serve, the Directive is intended to be used on its own as firm instructions to my health care providers regarding life-prolonging procedures. *(1. Relacion entre las Directivas y el Poder Legal Permanente. Si yo he ejecutado las Directivas y el Poder Legal Permanente, yo insisto a mi Agente que siga mis deseos como estan expresados en las Directivas al tomar decisiones relacionadas con procedimientos de prolongacion de la vida. Sin embargo, yo tengo confianza en la habilidad de mi Agente para que tome decisiones que me beneficien mejor, y autorizo a mi Agente que tome decisiones que sean contrarias a mis Directivas de acuerdo a su mejor criterio. Si el Poder Legal Permanente es de alguna manera determinado que sea inefectivo, o si mi Agente no puede actuar, las Directivas tienen la intencion de ser usadas por si solas como instrucciones firmes para mis proveedores del cuidado de salud acerca de los procedimientos de la prolongacion de la vida.*

2. Protection of Third Parties Who Rely on My Agent. No person who relies in good faith upon any representations by my Agent or Alternate Agent shall be liable to me, my estate, my heirs or assigns, for recognizing the Agent's authority. *(2. Proteccion de Terceros que Dependen de Mi Agente. Ninguna persona que dependa de buena fe en cualquier representacion de mi Agente o Agente Alternante sera responsable hacia mi, mi herencia, mis herederos o designados, por reconocer la Autoridad de mi Agente.)*

3. Revocation of Prior Directive or Durable Power of Attorney. I revoke any prior LIVING WILL, Declaration or Health Care Directive executed by me. If I have appointed an Agent in a prior durable power of attorney, I revoke any health care terms contained in that durable power of attorney. *(3. Revocatoria de las Directivas or Poder Legal Permanente Anteriores. Yo revoco cualquier LIVING WILL anterior, Declaracion o Directivas Para el Cuidado de la Salud que fueron ejecutados por mi. Si yo he nombrado a un Agente en un Poder Legal Permanente Anterior, yo revoco cualquier termino del cuidado de salud contenido en ese poder legal permanente.)*

4. Validity. This document is intended to be valid in any jurisdiction in which it is presented. The provisions of this document are separable, so that the invalidity of one or more provisions shall not affect any others. A copy of this document shall be as valid as the original. *(4. Validez. Este documento tiene la intencion de ser valido en cualquier jurisdiccion que sea presentado. Las provisiones de este documento son separables, de tal manera que la invalidez de uno o mas provisiones no afectaran a las demas. Una copia de este documento es tan valido como el original.)*

Instructions for Completing Part III. (Continued)

(Instrucciones para Completar Parte III. (Continuacion))

Part III must be completed for the Durable Power of Attorney for Health Care (Part I) and the Health Care Directive (Part II) to be effective. Please follow the instructions below: *(Parte III tiene que ser completada para que el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I) y las Directivas Para el Cuidado de la Salud (Parte II) sean efectivas. Por favor siga las instrucciones indicadas abajo:)*

Sign and date in the space provided. **Please print your name and address under the signature line.** *(Firme y ponga la fecha en el espacio indicado. Por favor imprima su nombre y direccion debajo de la linea de la firma.)*



Have two witnesses sign and write in their addresses on the lines provided. *(Haga que dos testigos firmen y escriban sus direcciones en las lineas indicadas.)*



If you have completed the **Durable Power of Attorney for Health Care (Part I)**, you will need to sign the form in the presence of a notary public who will then complete the notary block. You will also need to have two witnesses sign the form. *(Si usted ha completado el Poder Legal Permanente Para el Cuidado de la Salud (Parte I.), usted necesitara firmar el formulario en la presencia de un notario publico quien luego completara el bloque de notario. Usted tambien necesitara que dos testigos firmen el formulario.)*



Part III. General Provisions included in the Directive and Durable Power of Attorney (Continued)

(Parte III. Provisiones Generales incluidas en las Directivas y en el Poder Legal Permanente (Continuacion))

YOU MUST SIGN THIS DOCUMENT IN THE PRESENCE OF TWO WITNESSES. *(USTED TIENE QUE FIRMAR ESTE DOCUMENTO EN LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS.)*

IN WITNESS WHEREOF, I have executed this document this _____ day of _____ (month), _____ (year). *EN FRENTE DE UN TESTIGO, Yo he ejecutado este documento este ___ dia de _____ (mes), ____ (año).*

Signature *(Firma)*
Print Name *(Imprima su Nombre)* _____
Address *(Direccion)* _____

The person who signed this document is of sound mind and voluntarily signed this document in our presence. Each of the undersigned witnesses is at least eighteen years of age. *(La persona que firmo este documento esta capacitado y voluntariamente firmo este documento en nuestra presencia. Cada uno de los testigos que firman son por lo menos de diez y ocho años de edad.)*

Signature *(Firma)* _____
Print Name *(Imprima el Nombre)* _____
Address *(Direccion)* _____

Signature *(Firma)* _____
Print Name *(Imprima el Nombre)* _____
Address *(Direccion)* _____

ONLY REQUIRED FOR PART I — DURABLE POWER OF ATTORNEY

STATE OF MISSOURI)
) SS
COUNTY OF _____)

On this _____ day of _____ (month), _____ (year), before me personally appeared _____, to me known to be the person described in and who executed the foregoing instrument and acknowledged that he/she executed the same as his/her free act and deed.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and affixed my official seal in the County of _____, State of Missouri, the day and year first above written.

Notary Public

My Commission Expires:

Instructions for Completing HIPAA Privacy Authorization Form

Instrucciones para Completar el formulario HIPAA Privacy Authorization

If you would like some person other than yourself to have access to your medical records and information, and allow health care providers to release such information to that person, you must authorize the release of the information in writing. Since a Durable Power of Attorney for Health Care is only effective after you have lost your capacity to make or communicate decisions, the Power of Attorney does not authorize release of medical information to the person named while you remain competent. If you want some person other than yourself to have access to that information now, while you remain competent, you need to complete and sign a HIPAA Privacy Authorization Form, regardless of whether or not you also have a Durable Power of Attorney for Health Care in place. *(Si usted desea que alguna persona que no sea usted tenga acceso a sus records medicos e informacion, y permitir a los proveedores del cuidado de la salud que entreguen esa informacion a aquella persona, usted necesita autorizar esa entrega de informacion por escrito. Ya que el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud es solo eficaz despues de que usted ha perdido la capacidad de hacer o comunicar sus decisiones, el Poder Legal no autoriza la entrega de informacion medica a la persona nombrada cuando usted continua en un estado competentente. Si usted quiere que alguna persona que no sea usted tenga acceso a aquella informacion ahora, mientras usted se mantiene competente, usted necesita completar y firmar un formulario HIPAA Privacy Authorization, a pesar de que usted tenga o no tambien un Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud en puesto.)*

In **Section 1** you need to insert the name of the health care provider (hospital, physician, etc.) who is authorized to release the information, and the name of the person who is authorized to receive the information. *(En la Seccion 1 usted necesita escribir el nombre de el proveedor del cuidado de la salud (hospital, medico, etc.) que esta autorizado a entregar la informacion, y el nombre de la persona que tiene autorizacion para recibir la informacion.)*

In **Section 2** you first need to indicate what **time period** is covered by the authorization, and then what **type** of information is allowed to be released. *(En la Seccion 2 usted primero necesita indicar que periodo de tiempo esta cubierto por la autorizacion, y luego que tipo de informacion es permitido de entregar.)*

In **Section 4** you need to indicate **how long** the authorization is to remain effective, for example until a certain date or until your death. You retain the power to **revoke** the authorization at any earlier time. *(En la Seccion 4 usted necesita indicar por cuanto tiempo la autorizacion se mantiene efectiva, por ejemplo hasta una cierta fecha or hasta su muerte. Usted retiene el poder de revocar la autorizacion en cualquier momento anterior.)*

The form needs to be **signed** by the patient or by the personal representative of the patient, such as a parent if the patient is a minor. You must complete a separate form for each health care provider you want to authorize to release information. We suggest you photocopy the form for multiple use. *(El formulario necesita se firmado por el paciente o por un representate personal del paciente, como un padre de familia si el paciente es menor de edad. Usted tiene que completar un formulario separado para cada uno de los proveedores del cuidado de la salud que usted quiere autorizar la entrega de informacion. Sugerimos que usted haga una fotocopia del formulario para el uso multiple.)*

HIPAA Privacy Authorization Form

Formulario HIPAA Privacy Authorization

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information

(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act — 45 CFR Parts 160 and 164)

Autorizacion para el uso o revelacion de Informacion de Salud Protegida

(Requerido por el Health Insurance Portability and Accountability Act - 45 CFR Parts 160 and 164)

1. I hereby authorize (*Yo por la presente autorizo*) _____
[Name of Health Care Provider] [*Nombre del Proveedor del Cuidado de Salud*]

to use and/or disclose the protected health information described below to (*el uso y/o revelacion de informacion de salud protegida indicada abajo a*) _____.
[Name of Individual] [*Nombre del Individuo*]

2. Authorization for Release of Information. (*Autorizacion para la Entrega de Informacion*) Covering the period of health care from (*Cubriendo el periodo de cuidado de la salud desde*) _____ to (*hasta*) _____ **OR (O)** all past, present and future periods (*todo el pasado, presente y futuro periodos*):

a. I hereby **authorize the release of my complete health record** (including records relating to mental health care, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol/drug abuse) (*Yo por medio de la presente autorizo la entrega de mi record de salud completo (incluyendo records relacionados con el cuidado de salud mental, enfermedades comunicables, HIV o SIDA, y el tratamiento de abuso de alcohol/drogas)*).

OR (O)

b. I hereby **authorize the release of my complete health record with the exception of the following information:** (*Yo por medio de la presente autorizo la entrega de mi record de salud completo con la excepcion de la siguiente informacion:*)

Mental health records (*Records de salud mental*)

Communicable diseases (including HIV and AIDS) (*Enfermedades comunicables (incluyendo HIV y SIDA)*)

Alcohol/drug abuse treatment (*tratamiento de abuso de alcohol/droga*)

Other (please specify) (*Otro (por favor especifique)*): _____

3. This medical information may be used by the person I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct. (*Esta informacion medica puede ser usada por la persona que yo autorizo a que reciba esta informacion para tratamiento medico o consulta medica, pagos o reclamos de pago, u otros propositos como yo dirija*).

4. This authorization shall be in force and effect until _____, (date of event) at which time this authorization expires. (*Esta autorizacion estara en fuerza y efectiva hasta _____, [Fecha o Evento] fecha en la cual, esta autorizacion expira.*)

5. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim. (*Yo entiendo que yo tengo el derecho a revocar esta autorizacion, por escrito, en cualquier momento. Yo entiendo que la revocacion no sera efectiva cuando cualquier persona o entidad ya haya actuado confiando en mi autorizacion o si mi autorizacion fue obtenida como una condicion de obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal a refutar un reclamo.*)

6. I understand that my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization. (*Yo entiendo que mi tratamiento, pago, inscripcion o elegibilidad para beneficios no dependeran en que yo firme esta autorizacion.*)

7. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law. (*Yo entiendo que la informacion usada o revelada por medio de esta autorizacion puede ser revelada por el destinatario y puede que ya no sea protegida por la ley federal o estatal.*)

Signature of Patient or Personal Representative
(*Firma del Paciente o Representante Personal*)

Date (*Fecha*)

Print Name of Patient or Personal Representative
(*Imprima el Nombre del Paciente o Representante Personal*)

Relationship to Patient (*Relacion con el Paciente*)