

Solo para fines educativos – llene la versión en inglés.
FOR EDUCATIONAL PURPOSES ONLY – PLEASE
COMPLETE ENGLISH VERSION



REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE INDIANA:

Un Representante para la atención médica es una persona que usted elige para tomar decisiones sobre su atención médica, incluso sobre el final de la vida, si usted no está en condiciones de tomarlas. Es una buena idea hablar con esta persona sobre sus preferencias por anticipado. Un médico determinará si usted no está en condiciones de tomar sus propias decisiones.

Mi nombre (nombre legal completo – también conocido como “declarante”)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

****Solo para fines educativos*****

Mi Representante para la atención médica puede tomar decisiones en mi nombre si yo no puedo tomarlas, y comunicar mis propias decisiones sobre la atención médica. Mi Representante para la atención médica tiene que cumplir con mis deseos y valores. Mis valores incluyen mis perspectivas sobre la dignidad y calidad de vida. Si mi Representante para la atención médica no está al tanto de mis deseos, tiene que actuar de buena fe y tomar decisiones que representen mi mejor interés. Estas decisiones pueden ser, por ejemplo, sobre:

- Aceptar un tratamiento médico
- Rechazar un tratamiento médico
- Interrumpir un tratamiento médico
- Coordinar la atención de confort

Quiero que la siguiente persona sea mi Representante para la atención médica (Health Care Representative, HCR)

Nombre del HCR

Número de teléfono del HCR

**** Solo para fines educativos*****

Si mi HCR principal no está en condiciones o no está disponible para actuar en mi nombre, quiero que la siguiente persona sea mi Representante para la atención médica de reserva.

Nombre del HCR de reserva

Número de teléfono del HCR de reserva

**** Solo para fines educativos*****

DECLARACIÓN OPTATIVA DE PREFERENCIAS:

Quisiera proporcionar una guía adicional a mi Representante para la atención médica sobre mis preferencias para el final de la vida. (Seleccione solo una opción a continuación).

- La **calidad de mi vida** es más importante que su duración. Si no puedo tomar mis propias decisiones y mi médico a cargo cree que no me recuperaré, no quiero tratamientos para prolongar la vida o demorar mi muerte. En su lugar, quiero un tratamiento o atención para ponerme cómodo y aliviar el dolor.
- Para mí es más importante **mantenerme vivo**, independientemente de qué tan enfermo esté o qué tan pequeña sea mi probabilidad de recuperación. Quiero que se prolongue mi vida en la mayor medida posible, conforme con los estándares médicos razonables.
- Opto por NO llenar esta sección en este momento.

Nombre del declarante: _____

FIRMAS REQUERIDAS:

Al firmar este formulario, cancelo y revoco todo poder legal para la atención médica que haya firmado en el pasado.

***** SOLO PARA FINES EDUCATIVOS *****

Firma (declarante)

Fecha

Nombre en letra de molde (declarante)

Este formulario tiene que ser firmado ya sea por 2 testigos adultos (abajo a la izquierda) o ser notarizado (abajo a la derecha) para ser legalmente válido.

FIRMA DE 2 TESTIGOS ADULTOS

Cada uno de los testigos abajo firmantes confirma que ha recibido una prueba satisfactoria de la identidad del declarante y que está convencido de que el declarante es mentalmente competente y tiene la capacidad para firmar las Instrucciones médicas anticipadas precedentes. **Por lo menos uno de los testigos abajo firmantes no es cónyuge o pariente del declarante.**

Use este espacio para poner los nombres de 1 a 2 personas en quienes confía para tomar decisiones en su nombre si usted no puede tomar sus propias decisiones

NOTARIZACIÓN

ESTADO DE INDIANA)
) SS:
CONDADO DE _____)

_____ [*nombre del declarante firmante*] compareció personalmente ante mí, un notario público, y reconoció haber firmado las Instrucciones médicas anticipadas anteriores como un acto voluntario y, luego de haber sido debidamente juramentado, indicó que todas las declaraciones de las mismas son ciertas.

Use este espacio para la información y el sello del notario público

Estas Instrucciones médicas anticipadas fueron creadas por Indiana Patient Preferences Coalition y se pueden usar libremente. Visite www.INadvancedirectives.org para obtener más información.