

Directrices Anticipadas

Representante en el Area de Salud Estado de Indiana

Un representante en materia de la salud es una persona elegida por usted para tomar determinaciones respecto su atención médica, incluyendo resoluciones sobre el final de la vida, y en el caso de que usted no puede tomar sus propias elecciones. Un médico deberá determinar si una persona es incapaz de tomar sus propias decisiones.

Mi nombre legal es (denominado "Declarante")

Mi Representante en materia de salud, se encuentra plenamente autorizado para tomar decisiones en mi nombre, y en el caso de que me encuentre incapacitado para personalmente decidir acerca de todo lo que se refiere a mi atención médica. Mi Representante en esta materia, debe darle continuidad a mis deseos y valores. Mis valores incluyen mis ideas sobre la dignidad y la calidad de vida. Si mi representante para la atención médica no conoce mis propios deseos, deberá actuar de buena fé y tomar decisiones en mi nombre y de acuerdo mi mejor interes. Dichas decisiones incluyen:

- Aceptar tratamiento médico;
- Rechazar determinado tratamiento médico;
- Interrumpir tratamiento médico; y
- Organizar cuidados paliativos.

Nombro a la siguiente persona para que sea mi Representante en materia de atención médica (*conocido en idioma Inglés como Health Care Representative or HCR*),

(HCR Nombre): _____

(HCR Número de Teléfono): _____

Si mi HCR principal arriba mencionado no puede o no está disponible para actuar en mi nombre, quiero que la siguiente persona sea mi HCR de reserva.

(*Backup HCR Name*), Nombre: _____

Equity Through Advocacy

The Protection and Advocacy System for the State of Indiana

4755 Kingsway Drive, Suite 100
Indianapolis, IN 46205
IndianaDisabilityRights.org

Phone: 317.722.5555
Toll Free: 800.622.4845
Fax: 317.722.5564

This Advanced Directive project was funded by the Indianapolis Bar Foundation.

(HCR de Reserva Número de Teléfono): _____

Al firmar este documento, revoco todos y cada uno de los documentos anteriores de poder notarial para la atención médica y de representante para la atención médica.

Nombre en letra de imprenta (Declarante)

Fecha

Firma (Declarant or Representative)

Nombre en letra de imprenta del adulto (si lo hay) que firma por el declarante (si el declarante no puede firmar físicamente)

_____ He puesto mis iniciales en el espacio de la izquierda si firmé esta Directiva anticipada después de hablar con dos (2) testigos y escucharlos vía telefónica.

Firma de Dos Testigos Adultos

Cada uno de los Testigos abajo firmantes confirma que ha recibido una prueba satisfactoria de la identidad del Declarante, y está convencido de que el Declarante está en pleno uso de sus facultades mentales y tiene capacidad para firmar las Directrices Anticipadas arriba mencionadas. **Al menos uno de los Testigos abajo firmantes no es cónyuge ni familiar del Declarante.**

Firma del Testigo Adulto 1

Fecha

Firma Impresa del Testigo Adulto 1

Firma del Testigo Adulto 2

Fecha

Firma Impresa del Testigo Adulto 2