

REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA DE INDIANA:

Un Representante de Atención Médica es una persona elegida por usted para tomar decisiones sobre su atención médica, incluyendo decisiones sobre el final de su vida, si usted no puede tomar sus propias decisiones. Es una buena idea hablar con esta persona sobre sus preferencias con anticipación. Un médico determinará si usted no puede tomar sus propias decisiones.

Mi nombre

Nombre Legal Completo (también conocido como “Declarante”)

Fecha de Nacimiento (MES/DIA/AÑO)

Mi Representante de Atención Médica puede tomar decisiones por mí si yo no puedo hacerlo y compartir mis propias decisiones de atención médica. Mi Representante de Atención Médica debe seguir mis deseos y valores. Mis valores incluyen mis ideas sobre la dignidad y la calidad de vida. Si mi Representante de Atención Médica no conoce mis deseos, mi Representante de Atención Médica debe actuar de buena fé y tomar decisiones en mi mejor interés. Estas decisiones incluyen pero no se limitan a:

- Aceptar el tratamiento médico
- Rechazar el tratamiento médico
- Suspender el tratamiento médico
- Organizar cuidados para mi comodidad

Quiero que la siguiente persona sea mi Representante de Atención Médica (RAM, HCR por sus siglas en inglés):

Nombre del RAM

Numero telefonico del RAM

Si mi RAM principal mencionado anteriormente no puede o no está disponible para actuar en mi nombre, quiero que la siguiente persona sea mi Representante de Atención Médica de respaldo:

Nombre del RAM de respaldo

Número telefónico del RAM de respaldo

DECLARACIÓN OPCIONAL DE PREFERENCIAS:

Me gustaría brindar un poco de orientación adicional a mi Representante de Atención Médica sobre mis preferencias para el final de la vida. (Por favor seleccione sólo una opción a continuación)

- La calidad de mi vida** es más importante que la duración de mi vida. Si no puedo tomar mis propias decisiones y mi médico tratante cree que no me recuperaré, no quiero tratamientos para prolongar mi vida o retrasar mi muerte. Sin embargo, me gustaría recibir tratamiento o atención para sentirme cómodo y aliviar el dolor.

- Mantenerme con vida** es más importante para mí, sin importar qué tan enfermo esté o cuán improbables sean mis posibilidades de recuperación. Deseo que mi vida se prolongue lo más extensa posible, de acuerdo con estándares médicos razonables.
- Eljo NO completar esta sección en este momento.

FIRMAS REQUERIDAS:

Al firmar este formulario, cancelo y revoco todos los poderes notariales de atención médica que firmé en el pasado.

Firma (Declarante) _____
Fecha

Nombre en letra de imprenta (Declarante)

Este formulario debe estar firmado por 2 testigos adultos (abajo a la izquierda) o notariado (abajo a la derecha) para que sea legalmente válido.

FIRMA DE 2 TESTIGOS ADULTOS

Cada uno de los Testigos abajo firmantes confirman que él o ella ha recibido prueba satisfactoria de la identidad del Declarante y está satisfecho de que el Declarante está en su sano juicio y tiene la capacidad de firmar la Directiva Anticipada anterior. **Al menos uno de los testigos abajo firmantes no es cónyuge u otro pariente del Declarante.**

Firma del Testigo adulto 1

Nombre impreso del Testigo adulto 1

Fecha

Firma del Testigo adulto 2

Nombre impreso del Testigo adulto 2

Fecha

_____ Inicializar aquí si el Testigo lo hizo por teléfono.

NOTARIZATION

STATE OF INDIANA)
) SS:
COUNTY OF _____)

Before me, a Notary Public, personally appeared _____ [name of signing Declarant], who acknowledged the execution of the foregoing Advance Directive as his or her voluntary act, and who, having been duly sworn, stated that any representations therein are true.

Witness my hand and Notarial Seal on this _____ day of _____, 20____.

Signature of Notary Public

Notary's Printed Name (if not on seal)

Commission Number (if not on seal)

Commission Expires (if not on seal)

Notary's County of Residence