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

INDIANA ADVANCE DIRECTIVE

**NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:**

Yo, **** Solo para fines educativos***, doy permiso al Representante para la atención médica (Health Care Representative, HCR) nombrado a continuación para tomar decisiones sobre mi atención médica en caso de que yo no pueda tomar decisiones por mi cuenta, inclusive cualquier decisión sobre la atención médica que hubiera tomado yo mismo si pudiera. Si mi HCR no está disponible o no estuviera dispuesto a cumplir su función, el HCR de reserva nombrado a continuación tomará su lugar.

**Mi Representante para la atención médica (HCR):**

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

**** Solo para fines educativos**********
Número de teléfono

**Mi Representante para la atención médica de reserva:**

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

**** Solo para fines educativos**********
Número de teléfono

**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

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

*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