

Como un paciente de Dupont Hospital, Lutheran Hospital, Rehabilitation Hospital, St. Joseph Hospital o de Dukes Memorial Hospital, usted tiene el derecho de hacer sus propias decisiones acerca del cuidado médico que usted recibe. Por descalificar algunas personas que tal vez, por ley, pueden dar consentimiento acerca de su cuidado médico, ese derecho sigue si usted es incapaz de hablar, o si no es capaz de tomar sus decisiones por si mismo.

Si usted no ha designado a un Representante de su Cuidado Médico, la Ley de Indiana provee que un acudiente, esposo, padre, hijo adulto, un hermano adulto, o un superior en su orden de religión, puede dar consentimiento acerca de su cuidado. Ningunos de estos individuos tienen más poder que el otro, al respeto de su cuidado; su esposo y su padre tienen la misma autoridad para tomar decisiones acerca de su cuidado médico a favor suyo. Si una disputa surge entre estos individuos acerca de su cuidado médico, será resuelto por medio de intervención en la corte.

Descalificando a algunas personas para dar consentimiento acerca de su cuidado médico, no constituye nombrar un representante médico. Por descalificar algunos miembros de su familia o superiores individuos quien pueden dar consentimiento de su cuidado médico. Esto le permite a usted tener algunos miembros de su familia quien pueden dar consentimiento antes de designar un representante médico.

La descalificación de una persona para dar consentimiento acerca de su cuidado médico puede ser revocada por escritura, por destruir los documentos o por dar un aviso verbal diciendo que la descalificación ha sido revocada. La revocación de su descalificación no es efectiva hasta que usted notifique a sus doctores.

Esté seguro que usted da copias de los documentos que descalifican a alguien quien podría ser contactado en caso de una emergencia. Para su conveniencia usted puede nombrar las personas quienes recibirán la copia de su descalificación en el reverso de este documento. Si usted hace cambios al documento de su descalificación, provea copias a su familia, doctores, y a alguien quien tal vez será contactado en caso d una emergencia.

Usted podría discutir su decisión para ejecutar una persona para consentir el cuidado de salud con su familia, doctors, abogado, trabajadores sociales, o por un clérigo. Representantes de este hospital están disponibles a consultar futura información. Un capelán está disponible 24 horas al día. Para asuntos legales acerca de la descalificación de personas que podrían dar consentimiento médico, usted es animado a contactarse con un abogado.

Puntos Para Recordar:

La descalificación de algunas personas para dar consentimiento acerca de su cuidado médico, debe ser ...

- Voluntario en escritura con fecha.
- firmado por usted

Si un representante de su cuidado médico no es designado, el Consentimiento puede ser dado por ...

- Acudientes o representantes
- Esposo
- Padre
- Hijo/Adulto
- Hermano/Adulto
- Un superior en su orden de religión, si el individuo es miembro de una orden religiosa.

Los Individuales autorizados para dar consentimiento a su cuidado médico deben ...

- Tomar decisiones médicas en su mejor interés.
- Comenzar haciendo decisiones médicas para usted cuando su Doctor certifique por escrito que usted no está capacitado para un consentimiento.

Usted puede revocar su descalificación de una persona a consentir cuidado de salud por ...

- Destruyendo un documento de declaración
- Notificando la descalificación individual de la revocación oral o por escrito.
- Hablando verbalmente o por escrito a su Doctor que su revoca la descalificación.. Su revocación no es efectiva hasta que usted notifique a su Doctor.

Esta forma fue creada para cumplir con el Código de Indiana. Leyes varían de Estado a Estado. Vea a su abogado para información acerca de Las Directivas Médicas en otros Estados.

La Descalificación de Personas Para Dar Consentimiento Acerca De Su Cuidado Médico

Yo, _____ descalifico los siguientes individuos, quienes no pueden dar mi consentimiento médico bajo IC 16-36-1-5, de dar consentimiento para mi cuidado médico en el evento que yo esté incapacitado de tomar mis consentimientos médicos:

Los individuos nombrados arriba no están autorizados para dar consentimiento de mi cuidado médico en el evento que yo no pueda nombrar a un representante médico bajo IC 16-36-1-7 o mi representante médico no está disponible o no es capaz de actuar en mi nombre.

Algunas restantes personas autorizadas bajo IC 16-36-1-5 debentratar de discutir mi cuidado de salud antes de dar consentimiento al cuidado médico. De todas formas, si yo esté incapacitado para comunicar, cualquiera de estas personas autorizadas puedan tomar decisiones en mi persona, después de consultar con mi doctor o doctores y otros proveedores pertinentes del cuidado da la salud.

Esta descalificación es para ser ejercitada de buena fe y en mi mejor interés sujeto a los siguientes términos y condiciones (si alguno):

Esta Descalificación de una Persona Para Dar Consentimiento a Cuidado de Salud Médico sustituye y revoca alguna y todas previas descalificación.

Dado esta fecha _____ este día de _____ (mes, año)

Firma _____ Imprenta _____

Dirección _____

Yo declaro que soy un adulto por lo menos de 18 años de edad y que requiero que la persona que firmo arriba, haciendo la designación, Yo testifico la firma de este documento por el individuo nombrado arriba o una persona autorizada para firmar en su nombrrre en la fech escrita arriba.

Firma del Testigo _____ Imprenta _____

Dirección _____
