

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 apuntando a un Representante de Asistencia, ese derecho continúa incluso si usted está incapaz de hablar o no es más capaz de hacer sus propias decisiones.

Una cita con un Representante le dará un documento de su cuidado médico que le dirá a su médico y a su familia que usted no es competente, y que usted quiere que un Representante de su cuidado de la salud haga las decisiones para su mejor interés acerca del cuidado médico que usted recibe. Usted tiene que tener 18 años y ser legalmente un menor emancipado para buscar un representante del cuidado de la salud. Está seguro que usted discute sus filosofías y las ideologías con respecto a la asistencia en su mejor interés. Su Representante de la Salud debe actuar en buena fe y coherente con los términos resumidos en el documento designado.

Un nombramiento de un Representante del Cuidado Médico puede ser revocado por escritura, por destruir los documentos o por dar un aviso verbal diciendo que el nombramiento ha sido revocado. La revocación de su nombramiento de un Representante del Cuidado Médico no es efectiva hasta que usted notifique a sus doctores.

Esté seguro que usted da copias del documento de nombramiento a cada uno quien podía ser contactado en caso de una emergencia. Para su conveniencia usted puede nombrar las personas quienes recibirán la copia de su nombramiento de un Representante del Cuidado Médico de la salud en el reverso de este documento. Si usted hace cambios al documento de su nombramiento, provea copias a su familia, doctores, y a alguien quien tal vez será contactado en caso de una emergencia.

Usted podría discutir su decisión para ejecutar un testamento en vida, con su familia, doctores, abogado, trabajadores sociales, o por un clérigo. Representantes de este hospital están disponibles a consultar futura información. Un capellán del hospital está disponible 24 horas al día. Para asuntos legales acerca de testamentos en vida de

personas que podrían dar consentimiento médico, usted está en necesidad de contactarse con un abogado.

Puntos Para recordar

Un nombramiento de un Representante del cuidado de la salud, debe ser ...

- Voluntario en escritura y fechada.
- Firmado por usted, o si usted es incapaz para firmar por usted mismo, firmado en su presencia por alguien que usted había autorizado.
- Firmado con la presencia de un testigo.

Su Testigo ...

- Debe tener por lo menos 18 años de edad.
- No puede ser la persona que usted autorizó para firmar el documento de nombramiento como su Representante del Cuidado de la Salud por usted si usted es incapaz de firmar por usted mismo.
- No puede ser la persona que usted está nombrando como su Representante del Cuidado de la Salud.

Su Representante ...

- Debe tener por lo menos 18 años de edad.
- Haga decisiones médicas para su mejores intereses-decisiones de su representante no puede ser desautorizados por su familia o doctor sin ayuda de una intervención de la corte.
- Comienza a hacer decisiones médicas para usted cuando su doctor certifica por escrito que usted no está capacitado para dar consentimiento.
- Informará el designado, el legal designado representate y a cualquier proveedor Representante del cuidado de la salud si el o ella renuncia o rechaza cumplir con el nombramiento.

Usted puede revocar su nombramiento de un Representante del Cuidado de la Salud por ...

- Destruyendo el documento de declaración.
- Notificando al Representante de cuidado de salud verbalmente o por escrito.
- Hablando verbalmente o por escrito a su Doctor que usted revoca el nombramiento. Surevocación 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 Directivos Avanzados Médicos en otros estados.

Nombramiento del Representante del Cuidado de la Salud

Yo, _____ nombro voluntariamente _____, de quien número de teléfono y dirección son: _____

_____ como mi representante de cuidado de salud quien es autorizado a actuar para mí en todos los asuntos del cuidado de salud en acuerdo con I.C. 16-36-1-7 y I.C. 30-5 et. A excepción de otro modo especificado abajo.

Yo autorizo a mi representante del cuidado de salud para hacer las decisiones de mi mejor interés en relación con el retiro o para efectuar el cuidado de salud. Si en algún momento, basado en mi preferencia previamente expresada con el diagnóstico y el pronóstico, mi representante del cuidado de salud expresará mi voluntad de cierto cuidado de salud si no es ni sería beneficioso, entonces mi representante de la salud expresará sea discontinuado o no instituido, cualquier y todo cuidado incluso si mi muerte pudiera resultar.

Mi representante del cuidado de salud debe tratar de discutir esta decisión conmigo. Sin embargo, si soy incapaz para comunicar, mi representante de cuidado de salud puede hacer tal decisión por mí, después de consultar con mi doctor o doctores y con otros revelantes cuidadores de la salud para el apropiado entendimiento, el representante del cuidado de salud puede discutir también esta decisión con mi familia y otros para el entendimiento que ellos tienen disponible.

Este nombramiento viene a hacer efectivo y en buena fe y para mi mejor interés sujeto a los siguientes términos y condiciones (si alguno):

Este nombramiento viene a hacer efectivo y continua efectivo si yo soy incapaz de dar un consentimiento para mi cuidado de salud. Yo autorizo a mi representante del cuidado de salud a ejercitar el nombramiento para delegar haciendo nombramiento de otro. Este nombramiento supersede y revoca cualquier nombramiento.

Dado esta fecha _____ esta 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, haga el nombramiento, Yo testifico la fiama de este documento por el individuo nombrado arriba o una persona autorizada para firmar en su nombre en la fecha escrita arriba.

Firma del Testigo _____ Imprenta _____

Dirección _____