

# NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA FINES DE ATENCIÓN SANITARIA

De propia voluntad nombro a la persona cuyo nombre aparece a continuación para que sea mi representante para fines de atención sanitaria. Mi representante está autorizado para tomar medidas a mi nombre en todo lo que tenga que ver con asuntos de atención sanitaria según lo dicta el código de la ley de Indiana, apartados IC 16-36-1 e IC 30-5 et. Seq., a excepción de lo que se detalla más adelante. [Disa: there seems to be some typos or missing text where we indicate in yellow]

\_\_\_\_\_  
Representante para fines de atención sanitaria  
nombrado por el suscrito

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Ciudad y código postal

Por la presente autorizo a mi representante para fines de atención sanitaria para que tome las decisiones que más me convengan concerniente al suministro de tratamiento y asimismo para que se interrumpa o descontinúe cualquier cuidado sanitario. En cualquier momento que mi representante para fines de atención sanitaria decida que ciertos cuidados sanitarios no son o podrían no ser beneficiosos o que podrían ser una carga demasiado grande, puede dar a conocer mis deseos de que dichos cuidados sanitarios se descontinúen o no se me administren, aún cuando sea posible que dicha decisión resulte en que yo muera. Dichas decisiones deberán basarse en lo que yo le haya dicho de antemano en cuanto a mis preferencias, y en el diagnóstico y la prognosis.

Mi representante para fines de atención sanitaria debe tratar de hablar conmigo acerca de la decisión que tome. Sin embargo, si yo estoy incapacitado para comunicarme con él, mi representante para fines de atención sanitaria puede tomar la decisión por mí, una vez que haya consultado con mis médicos y con otros proveedores de cuidados sanitarios pertinentes. En la medida en que sea posible, mi representante para fines de atención sanitaria puede también hablar de su decisión con mi familia y otras personas, cuando estén disponibles para ello.

La persona nombrada ha de asumir su papel de buena fe y para mi bienestar y debe acatar los términos y condiciones siguientes:

Este nombramiento entra en vigencia y lo estará mientras yo esté incapacitado para dar mi consentimiento con respecto a mis cuidados sanitarios. Por la presente autorizo a mi representante para fines de atención sanitaria para que delegue sus facultades a un tercero.

Firmado este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Nombre completo tal y como aparece en  
documentos oficiales (Escríballo en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, condado y estado donde vive

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

Declaro que soy adulto, mayor de dieciocho (18) años de edad, y que soy el que atestigua la firma de la persona cuyo nombramiento en la fecha que aparece en este documento es el objeto del mismo y que lo hago a petición de la persona que hace el nombramiento, cuyo nombre aparece anteriormente.

---

Firma del testigo

---

Domicilio

---

Nombre completo del testigo tal y como aparece en documentos oficiales (Escríballo en letra de molde)

---

Ciudad, condado y estado donde vive

---

Número de teléfono