
Apellidos

Nombre

Fecha de nacimiento

**** Este documento en español es solo para su referencia, el documento tiene que ser completado en el idioma inglés**

DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Apoderado médico en el estado de Indiana

Mi Apoderado médico puede tomar decisiones por mí, si no puedo tomar y compartir decisiones respecto a mi salud. Entre otras, las decisiones pueden ser:

- Aceptar el tratamiento médico
- No aceptar el tratamiento médico
- Parar el tratamiento médico
- Organizar cuidados paliativos

Mi Apoderado médico está obligado a cumplir con mi voluntad y respetar mis valores. Entre ellos, mis valores sobre la dignidad personal y la calidad de vida. Si mi Apoderado médico no sabe cuál es mi voluntad, tiene que actuar de buena fe y hacer lo que más me convenga y beneficie.

Yo mantengo el derecho de tomar mis propias decisiones sobre mi salud si soy capaz de hacerlo.

Yo nombro y designo a _____ como mi Apoderado médico principal. Su número telefónico es _____.

Si mi Apoderado médico principal no estuviera disponible o fuera incapaz de actuar en nombre mío, yo nombro y designo a _____ como mi Apoderado médico alternativo. Su número telefónico es _____.

Fecha: _____

Firma (Declarante)

Nombre en letra de molde del mayor de edad que firme por mí (si fuera necesario)

Mi nombre en letra de molde (Declarante)

si el

Declarante es incapaz de firmar.

Iniciales

Al poner mis iniciales en este documento, verifico y hago constar que he firmado este Documento de voluntad anticipada a distancia, por teléfono durante el proceso entero de la firma, en presencia de dos (2) testigos.

Apellidos

Nombre

Fecha de nacimiento

Llene este formulario con la sección indicada a continuación.

Firmas de 2 testigos mayores de edad

Cada uno de los Testigos abajo firmantes hace constar que él o ella ha recibido prueba satisfactoria de la identidad del Declarante, y está satisfecho(a) que está en su sano juicio y que tiene la capacidad de firmar este Documento de voluntad anticipada. **Por lo menos uno de los Testigos abajo firmantes no es ni cónyuge ni otro pariente del Declarante.**

Firma del Testigo mayor de edad 1

Nombre en letra de molde del Testigo mayor de edad 1

Firma del Testigo mayor de edad 2

Nombre en letra de molde del Testigo mayor de edad 2

El Declarante y los Testigos declaran y hacen constar que han firmado el Documento de voluntad anticipada conforme con las leyes de Indiana.

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