

FORMULARIO PARA NOMBRAR UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA Y REPRESENTANTES DE ATENCIÓN MÉDICA ALTERNOS (ESTADO DE OREGÓN)

Este formulario se puede usar en Oregón para elegir a una persona que tome las decisiones de atención médica en su nombre si usted está demasiado enfermo como para hablar por sí mismo. La persona se llama representante de atención médica.

- Si usted llenó un formulario para designar un representante de atención médica en el pasado, este nuevo formulario reemplazará cualquier formulario anterior.
- Usted debe firmar este formulario para que entre en efecto. También debe hacer validar su firma por dos testigos o un notario. Su designación de un representante de atención médica no entra en efecto hasta que el representante de atención médica acepte la designación.
- Si está demasiado enfermo para hablar por sí mismo y no tiene una designación de un representante de atención médica en efecto, se designará un representante de atención médica para usted siguiendo el orden de prioridad establecido en ORS 127.635(2).

1. MI INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Números de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

2. MI REPRESENTANTE DEL ATENCIÓN MÉDICA

Elijo a la siguiente persona como mi representante de atención médica para tomar decisiones de atención médica por mí si no puedo hacerlo yo mismo.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Números de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Elijo a las siguientes personas para que sean mis representantes de atención médica alternativos si mi primer representante no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí o si cancelo la designación de mi primer representante de atención médica.

Primer representante de atención médica alternativo:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Números de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Segundo representante de atención médica alternativo:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Números de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

3. MI FIRMA

Mi firma: _____ Fecha: _____

4. TESTIGO

CUANDO FIRME, LLENE LA SECCIÓN A o B

A. NOTARIO:

Estado de _____

Condado de _____

Firmado o certificado ante mí el _____ de 2 _____ por _____

Notario Público - Estado de Oregón

B. DECLARACIÓN DE TESTIGOS:

La persona que llena este formulario presentó prueba de identidad o es alguien a quien conozco personalmente, firmó o reconoció la firma de la persona en el documento en mi presencia y parece no estar bajo coacción y entender el propósito y el efecto de este formulario. Además, yo no soy el representante de atención médica ni el representante de atención médica alternativo de la persona, y no soy el proveedor de atención médica que atiende a la persona.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de molde) _____

Firma: _____ Fecha: _____

5. ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Acepto esta designación y me comprometo a servir como representante de atención médica.

Representante de atención médica:

Nombre en letra de molde: _____

Firma u otra verificación de aceptación: _____

Fecha: _____

Primer representante de atención médica alternativo:

Nombre en letra de molde: _____

Firma u otra verificación de aceptación: _____

Fecha: _____

Segundo representante alternativo de atención médica:

Nombre en letra de molde: _____

Firma u otra verificación de aceptación: _____

Fecha: _____