CITA DE UN REPRESENTANTE DEL CUIDADO MÉDICO

I, _____

designe voluntariamente el _____

es de quién número y dirección de teléfono: _____

_____,

como mi representante del cuidado médico que se autoriza a actuar para mí en todas las materias del cuidado médico de acuerdo con el IC 16-36-1, a menos que según lo especificado de otra manera abajo.

Esta cita debe ser ejercitada de buena fé y en mi mejor interés conforme a los términos y a las condiciones siguientes (si cualesquiera):

_____

_____

Esta cita llega a ser eficaz y sigue siendo eficaz si soy incapaz de consentir a mi cuidado médico.

El do_____ I hago el not_____ autorizo a mi representante del cuidado médico a delegar energía de la toma de decisión a otra.

Fechó este día del _____ del _____, 20_____

Firma del _____ de Appointer

Address_____

Declaro que soy un adulto por lo menos dieciocho (18) años de la edad y ése a petición del individuo arriba nombrado que concierta la cita, yo atestigüé la firma de este documento por el Appointer el la fecha conocida arriba.

Firma del testigo: _____

Nombre impreso: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____