



Un servicio de United Hospice

## ASEGURANDOSUSDESEOS.ORG, FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DIRECTRICES AVANZADA

Al firmar este formulario, solicito que el programa Asegurando Sus Deseos (AssuringYourWishes.org) ponga a disposición mis deseos anticipados más reciente, una copia la cual acompaña este Formulario de Autorización del programa Asegurando Sus Deseos, a mi apoderado de salud y/o persona autorizada, y/o representante legal al igual que todos los proveedores de la salud involucrados en mi atención médica. Entiendo que puedo cambiar o revocar mis deseos anticipados que acompaña este formulario en cualquier momento y que también puedo revocar esta autorización de Asegurando sus Deseos. Estoy de acuerdo en notificar al programa Asegurando Sus Deseos cualquier cambio o revocación por escrito. Si realizo algún cambio de alguno de mis deseos me comprometo a enviar un nuevo Formulario de Autorización de Directriz Anticipada y una copia del formulario actualizado a Assuring YourWishes.org. El formulario actualizado se publicará en el sitio web AssuringYourWishes.org y se eliminará el formulario anterior. Acepto que AssuringYourWishes.org no será responsable de la divulgación de la información de mi Directriz Anticipada en concordancia a los términos establecidos anteriormente. Estoy de acuerdo en que asegurando sus deseos.org no será responsable de la divulgación de mi información de Directriz Anticipada para que AssuringYourWishes.org publique o revoque la autorización de mi Directriz Anticipada.

Entiendo que recibiré tres (3) tarjetas de identificación de AssuringYourWishes.org con mi nombre y contraseña. Entiendo que mi poder de atención médica o poder de atención médica alternativa, tutor legal (si corresponde) y todos los proveedores de atención médica involucrados en mis servicios y atención médica tendrán acceso a mi Directriz Anticipada cuando sea médicamente necesario, y solo a aquellas personas a quienes les he otorgado mi contraseña para que accedan a mi Directriz Anticipada. Entiendo que hay información adicional sobre el programa de *Asegurando Sus Deseos.org*, incluyendo las leyes vigentes de privacidad y seguridad de AssuringYourWishes.org, que se encuentran disponibles en la página web.

Asegurando Sus Deseos (AssuringYourWishes.org) intenta proveer servicios de publicación confiables de su Directriz Anticipada, ocasionalmente circunstancias fuera de nuestro control pueden interferir con esta meta, la conectividad o estabilidad de la red donde se encuentran guardadas las Directriz Anticipada. Por lo tanto, usted reconoce y acepta que la publicación de Directriz Anticipada como un servicio gratuito TAL CUAL y DISPONIBLE, sin garantía de ningún tipo.

Asegurando sus Deceos.org RECHAZA EXPRESAMENTE CUALQUIERA Y TODAS LAS GARANTÍAS DE CUALQUIER TIPO, EXPLÍCITAS O IMPLÍCITAS, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A: (A) CUALQUIER GARANTÍA EN RELACIÓN CON LA DISPONIBILIDAD, PRECISIÓN, CUMPLIMIENTO, ACTUALIDAD, VALIDEZ O CONFIABILIDAD DE LA DIRECTRIZ AVANZADA PUBLICADA DISPONIBLE A TRAVÉS DEL SERVICIO O EL SERVICIO MISMO; (B) CUALQUIER GARANTÍA DE QUE EL SERVICIO SERÁ ININTERRUMPIDO, OPORTUNO, SEGURO O LIBRE DE ERRORES, O QUE LOS DEFECTOS DEL PROGRAMA SE CORREGIRÁN; Y (C) APTITUD PARA UN PROPÓSITO EN PARTICULAR. NINGÚN CONSEJO O INFORMACIÓN, TANTO ORAL O ESCRITO, OBTENIDO POR USTED DE AssuringYourWishes.org O A TRAVÉS DEL SERVICIO CREARÁ CUALQUIER GARANTÍA QUE NO SE HAGA EXPRESAMENTE AQUÍ.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe su correspondencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: Si la persona que firma este formulario no es la misma persona cuyo nombre figura en la directriz anticipada, escriba el nombre completo de la persona que firma el formulario, indique si la persona es el apoderado de atención médica de la persona nombrada, atención médica alternativa apoderado o tutor legal designado. También proporcione prueba de la autorización para actuar en nombre de la persona nombrada.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre

\_\_\_\_\_  
Autoridad del nombre para actuar en nombre de la persona nombrada