

Información del Paciente		
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	#Seguro social	Sexo: Masculino____ Femenino____
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
#Teléfono Hogar:	# Teléfono celular:	# Teléfono Trabajo:
Estado civil: ____ Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Viudo ____ Apartado	Estado del estudiante:(tiempo) ____ Completo ____ Medio ____ No es estudiante	
Dirección de correo electrónico:		
Estado de empleo: ____ Tiempo ____ Completo ____ Tiempo ____ Parcial ____ No empleado ____ Trabajo cuenta propia ____ Retirado ____ Militar		
Raza, etnia y lengua		
Raza: ____ Blanco ____ Africano Americano/Negro ____ Hispano ____ Asiático ____ Indio Americano/Nativo de Alaska ____ Nativo Hawaiano ____ Otro _____		
Etnicidad: ____ Hispano/Latino ____ No Hispano/Latino ____ Otro: _____		
Idioma hablado: ____ Inglés ____ Español ____ Otros: _____		
Información del médico referente y médico primario		
Nombre de médico de referencia:		
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Especialidad:	
Nombre del médico de atención primaria:		
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información del Fiador (quién es responsable de usted financieramente, si es diferente al paciente)		
Nombre:		Relación con el paciente:
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado	Código postal:
#Teléfono Hogar:	#Teléfono celular	# Teléfono Trabajo:
Fecha de nacimiento:	#Seguro social	Sexo: ____ Masculino ____ Femenino
Dirección de correo electrónico:		
Información del Contacto en caso de Emergencia		
Nombre:		Fecha de nacimiento:
Relación con el paciente:		
Dirección de calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
#Teléfono Hogar:	#Teléfono celular:	# Teléfono Trabajo:
Información de la Farmacia		
Nombre de la farmacia:		
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	# de Fax:	



Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
Información del Seguro		
Está su visita relacionada con: _____ Accidente de auto _____ Compensación de trabajadores		
Compañía de Seguros Primaria:	# Póliza:	
Nombre de Grupo:	# Grupo:	
Nombre del Titular de Póliza:	Fecha efectiva:	
Relación al paciente:	Fecha de nacimiento del titular:	
#Seguro Social del Titular de póliza::	Sexo del titular: _____ masculino _____ femenino	
Compañía de Seguros Secundaria:	# de Poliza:	
Nombre de Grupo:	# de Grupo:	
Nombre del Titular de Póliza:	Fecha efectiva:	
Relación al paciente:	Fecha de nacimiento del titular:	
#Seguro Social del Titular de Póliza:	Sexo del titular: _____ masculino _____ femenino	

Firma del paciente/representante legal

Fecha

FORMULARIO HISTORIAL DEL PACIENTE NUEVO

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lista de procedimientos quirúrgicos anteriores.

Nombre del procedimiento	Fecha de procedimiento

Lista de medicamentos recetados, sin receta y remedios herbales.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Mantenimiento de la salud	
Colonoscopia	Fecha de examen: _____
Prueba de Papanicolaou	Fecha de examen: _____
Mamografía	Fecha de examen: _____
Prueba de densidad ósea DEXA	Fecha de examen: _____
Examen de la vista anual	Fecha de examen: _____
Examen dental anual	Fecha de examen: _____

Lista de alergias a medicinas o colorantes _____

Lista de todos otros alergias _____

¿Actualmente usa tabaco sin humo/cigarrillos/cigarros? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, cuál y cantidad por día _____

¿Bebe alcohol? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indicar cantidad por día y bebidas _____

Consume cafeína: café _____ té _____ gaseosas _____

Otro historial médico:

Marca (x) si usted está experimentando actualmente o recientemente cualquiera de los siguientes:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peso pérdida/aumento | <input type="checkbox"/> Problemas con la visión | <input type="checkbox"/> Dificultad en tragar |
| <input type="checkbox"/> Palpitación del corazón | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Dolor/inflamación articular | <input type="checkbox"/> Erupciones de la piel |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas con la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas inmunes | |

FORMULARIO HISTORIAL DEL PACIENTE NUEVO – Pagina 2

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Alguna vez ha sido tratado por alguno de los siguientes? Marque (x) para su contestación “si”

_____ Enfermedad del Corazón: (Tipo) _____

_____ Enfermedad de Tiroides (tipo) _____

_____ Cáncer: (Tipo) _____

_____ Diabetes: (Tipo) _____

_____ Enfermedad de vena/arteria _____ Alta presión sanguínea _____ Epilepsia

_____ Enfermedad del riñón _____ Enfermedad del hígado _____ Alto colesterol

o triglicéridos

_____ Depresión _____ Infarto cerebral _____ Migrañas

Listar otras enfermedades: _____

Historia familiar: Por favor indique todas las condiciones que se aplican a miembros de la familia (hermano, hermana, padre, madre, tía, tío, abuelo) y note su relación o asuntos adicionales a referirse:

_____ Alta presión sanguínea _____

_____ Trastorno de tiroides _____

_____ Asma/alergias _____

_____ Enfermedad del corazón _____

_____ Dolores de cabeza _____

_____ Diabetes _____

_____ Infarto cerebral _____

_____ Enfermedad pulmonar crónica _____

_____ Convulsiones/epilepsia _____

_____ Alcoholismo/abuso de sustancias _____

_____ Problema con los riñones _____

_____ Trastorno de sangrado/coagulación _____

_____ Colesterol alto _____

_____ Úlceras _____

_____ Enfermedad mental _____

_____ Cáncer (tipo) _____

Información de emergencia:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/Tutor/Representante legal

Fecha

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha



Entendimiento de su Registro de Atención Médica/Información

Este aviso es para informarle cómo puede usar y divulgar su información sobre usted y cómo usted puede tener acceso a ello. Por favor revise esto con cuidado.

Cada vez que visita un hospital, médico u otro proveedor de atención médica, un registro de su visita se hace. Por lo general, este registro contiene los síntomas, examen, resultados, diagnóstico y planes para el futuro cuidado y tratamiento. Esta información, referida a menudo como su salud o historial médico, sirve como:

- Base para la planificación de su cuidado y tratamiento.
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales que contribuyen a su cuidado.
- Documento legal que usted o un tercero pagador pueda verificar que efectivamente se prestaron servicios facturados.

Entender lo que está en sus registros médicos y como se usa para ayudar a;

- Asegurar su precisión.
- Entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud.
- Tomar decisiones más informadas al autorizar la revelación a otros.

Sus derechos de información de salud

Aunque los registros son la propiedad física de su proveedor de atención médica que los compilaron, la información contenida le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y revelar su información conforme a lo dispuesto por 45CFR 164.522.
- Obtener una copia de la notificación de prácticas a petición.
- Solicitar una copia de sus registros de salud previstas en 45CFR 164.522.

He leído y entendido lo anterior:

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente/Tutor/Representante legal

Nombre del testigo

Fecha

Firma del testigo



Política Financiera Del Paciente

Gracias por elegir a OMNI Healthcare como su proveedor de su atención médica. Estamos comprometidos a construir una relación de médico y paciente exitosa con usted y su familia. Por favor, entienda que el pago de servicios es una parte de esa relación. La siguiente es una declaración de la Política Financiera, que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento.

Información del paciente:

Un registro del paciente completamente y actualizado estará en el archivo en la carta del paciente durante el tiempo en que el paciente se considera a un paciente activo. Registro de pacientes se pondrá al día anualmente por parte del paciente o como cambios producidos en la información demográfica y incluyendo donde el paciente puede ser contactado por teléfono. Se requiere una firma por el responsable.

Reclamos de Seguros:

- **Seguro primario:** OMNI Healthcare presentará reclamos con el seguro del paciente mediante la presentación de la prueba de seguro del paciente; (tarjeta de seguro indicando cobertura, número de identificación y número de grupo). En caso de que el paciente tiene cobertura de seguro pero no puede proporcionar la documentación, el pago es debido al momento del servicio. Al recibir la tarjeta de seguro, OMNI Healthcare presentará el formulario de reclamación de seguro médico que indique el pago del paciente en el momento del servicio.
- **Seguro Secundario:** Reclamaciones se archivarán con el seguro secundario si se recibe la información adecuada en el momento del servicio. Sin embargo, si el pago no se recibe en nuestra oficina dentro de los 45 días después de la presentación, la responsabilidad será transferida al paciente y debido al recibo.

Responsabilidad Financiera del Paciente:

Si OMNI Healthcare no tiene que presentar ningún seguro y OMNI Healthcare no es un proveedor participante, el pago completo se debe en el momento en que se prestan los servicios. Estamos dispuestos a trabajar con usted para desarrollar un calendario de pagos para satisfacer sus necesidades y las nuestras. Los co-pagos, deducibles, co-seguro y servicios no cubiertos se deben al momento de servicios. Arreglos de pago se hará con un formulario de Acuerdo de Pago firmado y con la aprobación del gerente de la oficina.

Menores / Dependientes:

Los niños menores de 18 años requerirán la firma de un adulto responsable en el formulario de inscripción.

Compensación de Trabajadores:

Compensación de trabajadores se archivará si el paciente notifica a OMNI Healthcare al programar una cita y suministrará información de facturación a su llegada. Detalles del accidente serán necesarios y se completará el formulario de compensación de trabajadores.

Accidentes de Vehículo de Motor:

Pago de visitas por accidentes automovilísticos se realizará en el momento del servicio. OMNI Healthcare proporcionará un formulario de reclamación de seguro de salud y detalles del examen con firma del paciente para la liberación de los registros.



Métodos de Pago:

- Métodos aceptables de pago son efectivo, cheque, Visa, Master Card, Discover y American Express.
- Se aceptarán tarjetas de crédito mencionadas arriba por teléfono o fax.

Cuentas Vencida:

- Pago reflejado en el estado de cuenta es debido al recibirlo.
- Cuentas en atraso pueden resultar en la corte de reclamos menores, una agencia de cobranza, informar a la Agencia de Crédito y/o posible despedido de la práctica.
- Después de 90 días una cuenta será entregada a las colecciones. La persona financieramente responsable de la cuenta será responsable de todos los costos de colección, incluidos honorarios razonables de abogado de no menos que el 30% y costos de la corte.
- Un paciente puede remitir en su totalidad todos los cargos pendientes adeudados por cuenta e incluir las cantidades previamente colocadas con el servicio de recolección. En estas circunstancias, un médico puede reservarse el derecho de restablecer al paciente a su estado activo en la práctica.

Citas Perdidas:

- OMNI Healthcare requiere un aviso de 24 horas para cancelación de citas. Citas consecutivas perdidas y no canceladas previamente serán documentadas y abuso excesivo podría resultar en una posible despedida de la práctica.
- Gastos de intérprete incurridos como resultado de una cita perdida o una cita no cancelada dentro de las 24 horas de la cita serán facturados al paciente.

Consulta de Cuentas:

Los médicos no discuten los asuntos financieras. Nuestro miembro del personal de facturación está capacitado para discutir su cuenta y hacer arreglos de pago. Ellos con mucho gusto le ayudaran, pero si necesita asistencia adicional, puede consultar también con nuestro Director de Facturación.

Registros Médicos:

Si usted requiere que transfieran sus registros a otro médico, que no sea su médico de atención primaria, habrá una tarifa. Esta tarifa debe pagarse antes de la transferencia de los registros. No hay costo para proporcionar a su médico de atención primaria.

He recibido una copia de la política financiera de OMNI Healthcare.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Tutor/Representante legal

Fecha

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha



Políticas de Oficina y Recarga de Prescripciones

- **Llegadas tarde: Iniciales** _____
Después de 15 minutos el paciente se considerará tarde, y la cita médica será reprogramada.
- **Cita Rota: Iniciales** _____
El paciente debe llamar a la oficina con al menos 24 horas de anticipación de la cita para cancelar o reprogramar. Si no habrá un cargo de \$25.00 agregado a su cuenta. El paciente con 3 o más citas rotas sin una buena razón podrían resultar ser despedidos.
- **Confirmando Citas: Iniciales** _____
Es nuestra política para confirmar todas las citas. Es la responsabilidad del paciente recordar su propia cita. Si el paciente no llama o no se presenta para su cita, esto se considera una cita rota.
- **Cambios de Información Personal: Iniciales** _____
Es la responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina de cambios tales como el seguro médico, dirección, número de teléfono y historial de salud. Nuestra oficina pondrá al día una vez al año el historial clínico del paciente.
- **Recargar de Prescripciones:** Se requieren 48-72 horas para volver a recargar su prescripciones. Esto incluye:
 - Paciente solicita por teléfono
 - Solicitud de recargo de farmacia
 - Paciente solicita personalmente
 - Paciente solicita por el portal del paciente

***** Los analgésicos deben ser recogidos ya no pueden ser llamados a la farmacia. Iniciales** _____

Gracias por su cooperación.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Tutor/Representante legal

Fecha

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha



Forma de Aviso Para Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

La ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) proporciona dispositivo de seguridad para proteger su privacidad. Implementación de requisitos de HIPAA empezó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido *nuestra* práctica durante años. Lo que trata sobre: específicamente, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proveer servicios de oficina. HIPAA proporciona ciertos derechos y protecciones a usted como el paciente. Nos equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle atención y servicio profesional de calidad. Información adicional está disponible desde el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos - www.hhs.gov.

OMNI Healthcare ha adoptado las siguientes políticas:

1. Información para el paciente se mantendrá confidencial excepto que sea necesario para proporcionar servicios o para asegurar que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su cuidado son manejado apropiadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, pagador de seguros de salud como sea necesario y apropiado para su cuidado. Archivos de paciente puede almacenarse en estantes de archivo abierto y no contiene ningún código que identifica la condición del paciente o la información que ya no es una cuestión de expediente público. El curso normal de atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas tales como la recepción, sala de examen, etc. Los registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de la oficina. Usted está de acuerdo a los procedimientos normales utilizados en la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, información de salud protegida (PHI) y otros documentos o información.
2. Es política de esta oficina para recordar a los pacientes sus citas / lo hacemos por teléfono, correo electrónico, correo, o por cualquier medio conveniente para la práctica o como requerido por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que le informa de los cambios a la política de oficina y nueva tecnología que puede resultarle valioso e informativo.
3. La práctica utiliza un número de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la información de salud protegida (PHI) pero deben estar de acuerdo en mantener las normas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y revisión de documentos que pueden incluir información de salud protegida (PHI) por agencias del gobierno o seguro pagadores en el normal desempeño de sus funciones.
5. Usted acepta llevar asuntos o quejas sobre privacidad a la atención del administrador de oficina o el médico.
6. Usted entiende y acepta que OMNI Healthcare tenga el acceso electrónico a su historial de medicamentos.
7. No se utilizará su información confidencial para fines de mercadeo o publicidad de productos, mercancías o servicios.
8. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes con acceso a sus registros de acuerdo con leyes estatales y federales.
9. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades de la práctica y el paciente.
10. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en el uso de su información protegida de la salud y a solicitud de cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su información de salud protegida (PHI). Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su petición.

El abajo firmante certifica que él o ella ha leído de las políticas anteriores, recibió una copia del aviso de prácticas de privacidad y es el paciente, tutor del paciente o representante legal.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente/ Tutor/Representante legal

Nombre del testigo

Fecha

Firma del testigo



Consentimiento para Comunicación y/o Divulgación

Solicito las siguientes alternativas o limitaciones relativas a las comunicaciones dirigidas a mí por mi proveedor de atención médica o empleado de salud de OMNI Healthcare.

Tenemos su permiso para:

¿Llamarle a la casa? Si No
 ¿Si podemos dejar la siguiente información en su correo de voz/contestador automático?
 Información de cita Si No
 Información de facturación Si No
 Información médica Si No
 Laboratorios/recetas Si No

¿Llamarle al trabajo? Si No
 ¿Si podemos dejar la siguiente información en su correo de voz/contestador automático?
 Información de cita Si No
 Información de facturación Si No
 Información médica Si No
 Laboratorios/recetas Si No

¿Llamarle a su celular? Si No
 ¿Si podemos dejar la siguiente información en su correo de voz/contestador automático?
 Información de cita Si No
 Información de facturación Si No
 Información médica Si No
 Laboratorios/recetas Si No

Doy mi permiso para compartir la siguiente información con las siguientes personas:

Médico de atención primaria: _____
 (Nombre) (Ciudad/Estado)

Otra persona(s):

_____ (Nombre)	_____ (Relación)
Información de Cita: Sí/No	Médico: Sí/No Facturación: Sí/No

_____ (Nombre)	_____ (Relación)
Información de cita: Sí/No	Médico: Sí/No Facturación de Sí/No

_____ (Nombre)	_____ (Relación)
Información de cita: Sí/No	Médico: Sí/No Facturación de Sí/No

_____ Nombre del Paciente	_____ Fecha
------------------------------	----------------

Firma del paciente/Tutor/Representante legal

_____ Nombre del testigo	_____ Fecha
-----------------------------	----------------

Firma del testigo



Acuerdo de Consentimiento

- **Consentimiento para el tratamiento:** Doy consentimiento a mi médico, otros médicos que asisten a sus asistentes y representantes, para que me brinden dichos servicios médico, quirúrgicos, de diagnóstico u otros servicios de tratamiento juzgado ser necesario o apropiado. Este consentimiento incluye mi consentimiento para procedimientos de diagnóstico y los tratamientos médicos en el consultorio de mi médico bajo su instrucción; incluyendo rayos x, procedimientos de laboratorio y otras pruebas, tratamientos o medicamentos, monitoreo y todos otros procedimientos o tratamientos que no requieren mi consentimiento informado específico. Entiendo que en el curso de diagnóstico y tratamiento, las células, tejidos, u otras partes de mi cuerpo pueden quitarse. Yo autorizo a mi médico y su personal para preservar o uso de tales células, tejidos o piezas para fines de enseñanza o para deshacerse de las células, tejidos o partes que se quitan.
- **Reconocimientos Generales:** Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Entiendo que el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico pueden implicar riesgos de lesiones e incluso la muerte. Ninguna garantía se han hecho a mí con respecto a los resultados de mis exámenes o tratamientos. Entiendo y acepto que puedo ser observada o recibir atención médica, enfermería y otros estudiantes de la salud en entrenamiento en mi consultorio médico. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones y hacer los arreglos para el cuidado de seguimiento según las indicaciones de mi médico. Entiendo que puedo revisar y obtener una copia de mi expediente médico, por mi propia cuenta, y que esta revisión llevará a cabo durante las horas regulares de negocio.

Nombre del paciente

Firma de paciente/Tutor o Representante legal

Fecha

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha



Autorización para Divulgar Información Médica Protegida (PHI)
(Copia de registros tarda de 7 a 14 días negociable para procesar)

Por favor imprima claramente - usted debe proporcionar la dirección completa o este formulario será devuelto a usted

Nombre del Paciente: _____ # Seguro Social: _____ #Registro Médico _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 #Teléfono (hogar): _____ (trabajo) _____ Fecha de Nacimiento: _____

- Autorizo el uso o la revelación de información de salud protegida del individuo nombrado anteriormente como se describe a continuación.
- OMNI Healthcare está autorizado a _____ hacer la divulgación a _____ recibir la divulgación de la siguiente persona u organización:

OMNI Healthcare

- El tipo y cantidad de información a ser utilizada y divulgarse es la siguiente: (incluye fechas donde apropiado)
 - Notas de Progreso Lista de Medicamentos Registro de Vacunación
 - Resultados de Laboratorio desde (fecha) _____ a (fecha) _____
 - Radiografías e informes diagnóstico desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
 - Registro completo Otro _____

- MOTIVO DE SOLICITUD: (MARQUE UNO)
 - Atención médica Seguro Personal Abogado Investigación Clínica Mercadeo

- Los registros médicos deben incluir alguna o toda información protegida federal y estatal para que incluya diagnóstico, tratamiento o examen relacionados con el cuidado de salud mental, drogas y/o abuso, prueba de VIH/SIDA y enfermedades transmitidas sexualmente.
- Desligo a OMNI y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de información como he dirigido.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la compañía de seguros, cuando la ley establece que mi compañía de seguros tiene el derecho a una reclamación bajo la póliza. A menos que lo sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____ . Si no especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses.
- Entiendo que autorizando la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negar a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario con el fin de asegurar tratamiento, entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para ser usada o divulgada, estipulado en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de una no autorizada divulgación y la información puede no estar protegido por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de divulgar mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Registros Médicos y obtener una copia de la notificación de privacidad.

Imprimir Nombre del paciente: _____ Fecha de: _____

Firma del paciente: _____

Nombre del testigo: _____ Fecha de: _____

Firma del testigo: _____



Testamento en Vida

Declaración hecha este día ___ de _____, 2____, yo, deliberadamente y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias establecidas a continuación y por la presente declaro que, si en cualquier momento que este incapacitado mental o físicamente y

- ____(Iniciales) tengo una enfermedad terminal,
- o ____ (Iniciales) estoy en un estado de condición de la fase final,
- o ____ (Iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico asistente o tratante o otro médico de consultoría ha determinado que no hay ninguna probabilidad razonable médica de mi recuperación de tal condición, dirijo que los procedimientos de prolongación de vida sea retirado cuando la aplicación de tales procedimientos sólo sirven para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se permita morir naturalmente con sólo la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico se considera necesario para proveerme con cuidado cómodo o para aliviar dolor.

Sí ____, No ____ deseo que nutrición e hidratación (agua y alimentos) sea retenido o retirado cuando la aplicación de tales procedimientos sólo sirve para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y el médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y para aceptar las consecuencias por tal negativa.

En el caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar el consentimiento expreso e informado sobre la retención, retiro o continuación de los procedimientos de prolongación de vida, deseo designar, como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración:

Nombre _____
 Dirección de Calle _____
 Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo la importación completa de esta declaración, y estoy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____
 Dirección de Calle _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono _____
 Fecha _____

Testigo _____
 Dirección de Calle _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono _____
 Fecha _____

*******Por lo menos un testigo no debe ser un esposo o esposa o un pariente de sangre del paciente. *******