Acuerdo de registro de U.S. Advance Care Plan Registry®

Información de identificación de la persona que completa el registro (Utilice letra clara). **CÓDIGO FUENTE:** 36901001
Registrant's Identifying Information *(Please print clearly)* ***SOURCE CODE:*** *36901001*

Nombre: Primer nombre_____ Segundo nombre_____ Apellido_____ Sufijo_____
Name: First Middle Last Suffix

Fecha de nacimiento: Mes_____Día_____Año_____ (4 dígitos)
Date of birth: Month Day Year *(4 digits)*

Dirección:_____N.º de departamento_____
Street Address *Apt #*

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
City *State* *Zipcode*

N.º de teléfono principal: (_____) _____-_____N.º de teléfono alternativo: (____) _____-_____
Primary Phone # *Alternate phone#*

Dirección de correo electrónico:_____(Si la persona que completa el registro no tiene una dirección de correo electrónico, escriba en su lugar la dirección de correo electrónico del contacto de emergencia).

Los recordatorios de las actualizaciones anuales se enviarán por correo electrónico; nunca se compartirán ni venderán las direcciones de correo electrónico.

Nombre del contacto de emergencia:_____
Emergency Contact Name

N.º de teléfono: (_____) _____-_____
Phone #

Yo,_____ (la "persona que completa el registro" o "yo") autorizo a U.S. Advance Care Plan Registry®, con la siguiente dirección postal P.O. Box 2789 Westfield, NJ 07091-2789 (el "registro"), a almacenar de forma electrónica una copia de mis documentos de planificación de atención avanzada que entregue al registro por medio de este formulario o que envíe posteriormente, incluidos, entre otros, una instrucción anticipada, un testamento vital, un poder para la atención médica, un poder notarial duradero para la atención médica o asuntos financieros, órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST), órdenes del profesional de salud para tratamientos de soporte vital (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment; POLST), órdenes de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), deseos sobre la donación de órganos e información de contacto en caso de emergencia (en adelante, los "documentos"). Además, autorizo al registro a proporcionar una copia de los documentos almacenados a cualquier proveedor de atención médica u otra persona encargada, según se crea, de dar cumplimiento a mis documentos o de colaborar con ello, que los solicite en relación con mi atención, siempre que dicha solicitud sea coherente con las políticas y los procedimientos del registro, o cuando el registro lo considere conveniente en una situación de emergencia, o cuando así lo exija la ley. Los documentos que proporciono son mis documentos actuales y vigentes, firmados y atestiguados conforme a la ley del estado en el que resido.

Por la presente, autorizo al registro a proporcionar una copia de mis documentos a hospitales, médicos u otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención, o a cualquier persona que tenga acceso a la tarjeta de identificación que el registro me haya entregado. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Acepto notificar inmediatamente al registro si decido revocar o modificar los documentos almacenados en el registro y entregarle al registro una copia de cualquier documento adicional que firme. Comprendo que, a menos que anule esta autorización o informe al registro sobre la revocación o las modificaciones en mis documentos, los documentos almacenados en el registro se proporcionarán a los proveedores de atención médica conforme a las políticas y prácticas del registro.

Comprendo que el registro no garantiza la validez de mis documentos conforme a las leyes federales o estatales y que no asume ninguna responsabilidad por las acciones que tomen los proveedores de atención médica en relación con mis documentos. Por la presente, renuncio a todo reclamo legal contra el registro por las acciones u omisiones de cualquier proveedor de atención médica que reciba una copia de mis documentos del registro, así como por cualquier daño derivado de la transmisión o divulgación de los documentos que entregue al registro. El registro no será responsable por la pérdida, destrucción o falta de disponibilidad total o parcial de mis documentos.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso de revocación por escrito al registro. Este acuerdo permanecerá en vigencia hasta que yo lo revoque, hasta que se rescinda conforme al acuerdo entre el registro y yo, o hasta que se cancele la inscripción de acuerdo con las políticas y los procedimientos del registro. Comprendo que, cuando se rescinda el acuerdo, el registro eliminará mis documentos de sus archivos.

Comprendo que cualquier persona que obtenga acceso a mi tarjeta de identificación emitida por el registro puede utilizarla para acceder a mis documentos y a mi información personal almacenados en el registro, y no haré responsable al registro por dicho acceso, ya sea autorizado o no.

Por la presente, acepto los términos establecidos en este documento.

X_____ Fecha_____/_____/_____

Firma de la persona que completa el registro