Indiana: Health Care Proxy

Indiana University Health

APPOINTMENT OF HEALTH CARE REPRESENTATIVE (Page 1 of 1)

Patient Name

Pursuant to Indiana Code 16-8-12 et seq. I hereby appoint:

Name	Relationship to Patient (relative, friend, etc.)
Address	
Home Telephone Number ( )	**Work Telephone Number** ( )

as my representative to act in my behalf on all matters concerning my health care, including but not limited to providing consent or refusing to provide consent to medical care, surgery, and/or placement in health care facilities, including extended care facilities. This appointment shall become effective at such time and from time to time as my attending physician determines that I am incapable of consenting to my health care.

I hereby give the following instructions to my representative *(optional)*:

1) _____

_____

_____

2) _____

_____

_____

I authorize all health care providers to rely upon consents and authorizations provided by my representative, and I ratify all that my representative shall do by virtue of this appointment. I agree to be financially responsible for health care services performed in reliance upon consents executed by my health care representative.

Patient Signature	Date

Witness *(Adult other than Representative)*	Date

Indiana University Health

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE CUIDADO DE SALUD (Página 1 de 1)

Nombre del Paciente

De conformidad con el código de Indiana 16-8-12 et seq. Yo nombro a:

Nombre	Relación con Paciente (pariente, amigo, etc.)
Dirección	
Teléfono de Casa ( )	Teléfono de Trabajo ( )

como mi representante para proceder en mi voluntad en toda materia concerniente a mi cuidado de salud, incluyendo pero no limitada a proveer consentimiento o rechazar consentimiento para cuidado médico, cirugía, y/o ubicación en complejos de cuidado médico. Este nombramiento deberá hacerse efectivo en su momento y en cada ocasión que mi médico determine que soy incapaz de dar consentimiento para mi cuidado de salud.

Doy las siguientes instrucciones a mi representante *(opcional)*:

1) _____

_____

_____

2) _____

_____

_____

Autorizo a todos los proveedores de salud (médicos) en confiar en los consentimientos y autorizaciones de mi representante, y ratifico todo lo que mi representante hará por virtud de este documento. Acuerdo ser responsable financiero por los servicios del cuidado de salud realizados basados en consentimientos ejecutados por mi representante de cuidado de salud.

Firma del Paciente	Fecha

Testigo *(Adulto no el representante)*	Fecha

APPOINTMENT OF HEALTH CARE REPRESENTATIVE (Page 1 of 1)
(SPANISH TRANSLATION)

Y-4