

# Acuerdo de Registro del Consumidor

PO Box 201410, Helena, MT 59620-1410 • Teléfono (406) 444-0660 o (866) 675-3314 • Correo electrónico: [endoifregistry@mt.gov](mailto:endoifregistry@mt.gov)

Este formulario indica su deseo de archivar una directiva anticipada para la atención médica en el Registro al Final de Vida de Montana, de reemplazar o eliminar una Directiva Anticipada para la atención médica que ya está en el Registro, o de solicitar una tarjeta de reemplazo para la billetera.

- Lea este Acuerdo cuidadosamente y llene Secciones A hasta C completamente.
- Adjunte su Directiva Anticipada para la atención médica presenciada.
- Devuelva este Acuerdo con su Directiva Anticipada para la atención médica a la Oficina de Protección al Consumidor a la dirección mencionada arriba.
- Su Acuerdo de Registro del Consumidor será procesado dentro de tres semanas. Usted recibirá más información por correo.

## Sección A

Prefijo	Primer Nombre	Segundo Nombre o Inicial	Apellidos	Sufijo
Género	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Apellido de Soltera de Madre	Número de Seguridad Social	Número de Teléfono
Dirección Postal				
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	País

## Sección B

Escoja un nivel de privacidad:

- Privacidad Estándar:** Si la información en mi tarjeta para la billetera no está disponible, además de proveedores de cuidado de salud, la gente que ingrese mi Número de Seguridad Social, fecha de nacimiento y apellido de soltera de madre puede ver mi directiva anticipada para la atención médica.
- Privacidad Más Alta:** Sólo la gente que tenga la información de mi tarjeta de reemplazo para la billetera y proveedores de cuidado de salud puede ver mi directiva anticipada para la atención médica.

Yo quiero:

- Archivar una directiva anticipada para la atención médica en el Registro.**
- Reemplazar una directiva anticipada para la atención médica en el Registro con una nueva directiva.**
- Añadir una Adenda a mi directiva anticipada para la atención médica actual.**
- Eliminar mi directiva anticipada para la atención médica del Registro.**
- Solicitar una tarjeta de reemplazo para la billetera.**

## Sección C

Yo estoy proporcionando esta información personal junto con mi directiva anticipada para la atención médica, en el entendimiento de que mi información personal se almacenará en una base de datos segura del Departamento de Justicia y no estará disponible para el público. Yo certifico que la directiva anticipada para la atención médica que acompaña este Acuerdo es mi directiva anticipada para la atención médica actual y eficaz y fue debidamente ejecutada, presenciada y reconocida de acuerdo con Sección 50-9-103 del Código Anotado de Montana.

Yo entiendo que:

- mi directiva anticipada para la atención médica será introducida en el Registro al Final de Vida de Montana de forma gratuita;
- esta autorización es voluntaria;
- esta autorización de archivar mi directiva anticipada para la atención médica en el Registro al Final de Vida de Montana seguirá en vigor hasta que yo la revoque;
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito de mi revocación a la dirección mencionada arriba; y ninguna agencia, proveedor o individuo puede ser responsable de cualquier acción basada en esta autorización antes de que un aviso por escrito de revocación haya sido introducido en el Registro.

Firma de Persona Que Está Firmando Este Acuerdo

Fecha

Si la persona nombrada en la directiva anticipada para la atención médica no puede firmar este formulario, y Usted tiene autoridad legal para firmar por esa persona, por favor verifique la fuente de su autoridad y presente pruebas de eso.  Poder Notarial Duradero  Guardián Designado por el Tribunal