



<p><b>Acerca de este acuerdo:</b> El Departamento de Servicios de Salud de Arizona (<i>Arizona Department of Health Services</i>, ADHS) designó a Health Current para operar el Registro de Instrucciones de Atención Médica de Arizona (<i>Arizona Healthcare Directives Registry</i>, “<b>AzHDR</b>”). El AzHDR es un registro <b>gratuito</b> que ofrece almacenamiento electrónico seguro y acceso a las instrucciones previas. Este servicio de registro <b>NO</b> es el sistema de intercambio de información de salud de Health Current (HIE).</p> <p><b>LEA ESTE DOCUMENTO ATENTAMENTE.</b> El presente es un acuerdo vinculante legalmente (“Acuerdo de registro”) entre usted (“usted”) y Health Current (“nosotros”) en relación con su presentación de documentos al AzHDR. <u>Si no se siguen las instrucciones del presente, es posible que sus formularios sean rechazados.</u></p>		<p><b>Cómo completar este Acuerdo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer el Acuerdo y completar este formulario.</li> <li>• Rellenar <b>todos</b> los espacios en blanco de este formulario.</li> <li>• Firmar el formulario y escribir la fecha.</li> <li>• Adjuntar una copia de las instrucciones previas firmadas ante un testigo o certificadas por un notario público. <b>NO ENVIAR LOS ORIGINALES AL AZHDR.</b></li> <li>• Enviar por correo postal a: AzHDR – Health Current 2901 N. Central Ave., Ste. 1100   Phoenix, AZ 85012</li> <li>• O por fax al: 602-264-8823</li> <li>• O por correo electrónico a: <a href="mailto:documents@azhdr.org">documents@azhdr.org</a></li> </ul> <p><b>Plazo de procesamiento: hasta tres semanas.</b></p>
<b>INFORMACIÓN OBLIGATORIA DE LA PERSONA INSCRITA</b>		
<b>Apellido:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>
<b>Dirección:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b> MM/DD/AAAA
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono:</b> <input type="checkbox"/> No deseo recibir mensajes de texto	<b>Correo electrónico:</b> <input type="checkbox"/> No deseo recibir correos electrónicos	
<b>Dirección postal (si es diferente a la anterior):</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Marque la casilla correspondiente (marque una sola casilla por inscripción):</b>		
<input type="checkbox"/> Registro nuevo. <input type="checkbox"/> Reemplazar una instrucción previa que actualmente está en el AzHDR por las instrucciones nuevas que se adjuntan. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Reemplazar todos los documentos que actualmente están en el registro por los documentos nuevos que se adjuntan.</li> <li><input type="checkbox"/> Reemplazar solo los siguientes tipos de documentos que actualmente están en el registro por los documentos nuevos que se adjuntan, dejando los demás tal como están (marque todas las opciones que correspondan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Testamento vital   <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica</li> <li><input type="checkbox"/> Poder notarial para atención de salud mental   <input type="checkbox"/> Orden de no reanimar</li> </ul> </li> </ul> <input type="checkbox"/> Agregar un documento adicional a las instrucciones almacenadas actualmente. <input type="checkbox"/> Desactivar mi cuenta (marque esta casilla si no desea que los documentos estén activos en el registro). <input type="checkbox"/> Cambiar información demográfica de la persona inscrita que se haya presentado anteriormente (actualice la información en este formulario).		
<p><b>Importante: todos los documentos enviados a Health Current deben ser copias. No envíe los originales. Una vez que su cuenta se active y los documentos se hayan cargado al AzHDR, Health Current no conservará copias impresas de sus instrucciones previas. Además, Health Current no aceptará documentos que no sean instrucciones previas ni sus adjuntos, y estos se triturarán y destruirán de manera segura.</b></p>		

**Arizona Healthcare Directives Registry**

Health Current | 2901 N. Central Ave., Ste. 1100 | Phoenix, AZ 85012  
P: 602-368-6371 | F: 602-264-8823 | [azhdr@contexture.org](mailto:azhdr@contexture.org) | [azhdr.org](http://azhdr.org)

# Acuerdo de registro de instrucciones previas de Arizona

## Términos y condiciones

1. **AzHDR.** El AzHDR es un registro gratuito en línea para almacenar de manera segura y acceder a las instrucciones previas en forma electrónica. El Departamento de Servicios de Salud de Arizona (“ADHS”) designó a Health Current para operar el AzHDR. (Véase A.R.S. §§ 36-3291 a 3297). Health Current contrató a uno o más proveedores de tecnología (“proveedor”) para prestar este servicio. El uso del AzHDR es voluntario. Su decisión de presentar (o no presentar) documentos al AzHDR **NO** afectará la validez o revocación de sus instrucciones previas. Si bien Health Current y su proveedor permiten a los usuarios presentar, almacenar y acceder a las instrucciones previas, ni Health Current ni su proveedor intervienen en cómo estas se usan (si ello ocurriera) ni en ninguna interacción entre usted y terceros, como tampoco son responsables por ello.

### 2. Proceso de presentación de instrucciones previas.

(a) **Instrucciones previas.** Los documentos que se pueden presentar al AzHDR se limitan a poderes notariales para atención médica, poderes notariales para atención de salud mental, testamentos vitales y órdenes de no reanimar, así como los adjuntos y modificaciones correspondientes (denominados en conjunto “instrucciones previas”). Las leyes de Arizona exigen que los documentos presentados al AzHDR deben estar firmados ante un testigo o certificados por un notario público. **NO debe presentar ningún documento original al AzHDR. Es posible que los documentos originales no sean devueltos. Todos los documentos enviados deben ser copias. Una vez que se puede acceder a estos en el AzHDR, toda la documentación impresa presentada a Health Current se triturará y destruirá de manera segura. Health Current no conservará copias impresas de sus instrucciones previas.**

(b) **Declaraciones y garantías.** Usted declara y garantiza que la información que nos proporciona es exacta, vigente y completa. Esta declaración y garantía tiene carácter continuo. No deberá tergiversar su identidad, brindar información falsa, hacerse pasar por otra persona ni tergiversar su relación o parentesco con otra persona.

(c) **Consentimiento.** Al enviar documentos al AzHDR, usted autoriza a Health Current a almacenarlos y a hacerlos accesibles para terceros con sujeción a las leyes aplicables. Usted debe seguir todas las leyes que se aplican a su caso con respecto a la divulgación de información al AzHDR. Usted es exclusivamente responsable de obtener todos y cualesquiera consentimientos o autorizaciones que determine que son exigidos por las leyes que se aplican a su caso para divulgar información (incluidas, entre otras, las instrucciones previas) al AzHDR (denominados en conjunto “consentimiento”).

(d) **Activación.** Usted reconoce y acepta que, para que las instrucciones previas presentadas al AzHDR queden activadas, debemos recibir confirmación de que la información enviada es correcta. Es posible que le solicitemos dicha confirmación. Si es pertinente a sus documentos, usted reconoce, acepta y autoriza a Health Current a informar sobre el registro y los detalles asociados al titular de las instrucciones previas. Asimismo, nos autoriza a comunicarnos con esa persona mediante la información de contacto que usted nos indicó. Por ejemplo, si presenta instrucciones previas para otra persona, y nos indica la dirección física, dirección de correo electrónico o número de teléfono de esa persona, nos autoriza a usar la información de contacto para informarle a dicha persona que usted las presentó.

(e) **Verificación de identidad.** Antes de activar los documentos presentados, también le pediremos que verifique su identidad. Para ello, deberá proporcionar determinada información personal sobre usted y se le podrá solicitar que proporcione información personal sobre el titular de las instrucciones previas (si las presenta en nombre de otra persona). Si envía este Acuerdo y las instrucciones previas por fax o correo postal a Health Current, deberá solicitar a un notario público que certifique su firma para verificar su identidad. Al firmar este Acuerdo ante un notario público, por el presente, acepta este método de verificación de identidad. Usted declara y garantiza que ha obtenido todos y cualesquiera consentimientos para brindar información personal sobre otra persona como parte del registro.

(f) **Sin validación de documentos.** Usted reconoce que Health Current no tiene la obligación de evaluar de antemano, verificar ni validar las instrucciones previas ni ningún otro documento que usted envíe al AzHDR; sin embargo, nos reservamos el derecho, a nuestra entera discreción, a evaluar de antemano, rehusarnos a activar o eliminar cualquier documento si infringe este Acuerdo de registro o si resulta objetable de otro modo.

### 3. Acceso a las instrucciones previas.

(a) **Su cuenta de AzHDR.** Una vez que recibamos sus documentos, crearemos una cuenta en el AzHDR a la que usted puede tener acceso. Para ello, deberá registrarse en [signup.azhdr.org](http://signup.azhdr.org). Para revisar, recuperar, revocar y reemplazar documentos, ingrese a su cuenta de AzHDR o envíenos un correo electrónico a [info@azhdr.org](mailto:info@azhdr.org). Es posible que tardemos hasta tres semanas en procesar una solicitud. Las revocaciones o reemplazos no entran en vigencia hasta después de ser procesados, y no afectarán el acceso, divulgación, uso u otra acción que se realice al amparo de un documento previamente presentado antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

(b) **Seguridad.** Health Current usa medidas de seguridad estándar de la industria para garantizar la seguridad, privacidad e integridad del AzHDR, pero necesitamos de su ayuda. Usted debe proteger la información de la cuenta y las credenciales del AzHDR. Ni Health Current ni su proveedor serán responsables por pérdidas o daños causados por un tercero que use su cuenta.

(c) **Privacidad.** Health Current no usará ni divulgará la información que mantiene para el AzHDR, excepto en los casos permitidos por las leyes estatales o federales, incluida la Ley de Confidencialidad del AzHDR (véase A.R.S. § 36-3295). Lea la Política de privacidad en el sitio web del AzHDR ([azhdr.org](http://azhdr.org)) para conocer cómo se recopila, usa e intercambia la información sobre usted en relación con el AzHDR. Al firmar este Acuerdo de registro o al enviar documentos al AzHDR, también acepta la Política de privacidad. La Política de privacidad (y los cambios correspondientes) se incorporan por referencia en estos Términos y condiciones.

(d) **AVISO. NI HEALTH CURRENT NI SU PROVEEDOR GARANTIZAN QUE LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL AZHDR O A LA QUE SE PUEDE ACCEDER A TRAVÉS DE ESTE REGISTRO (INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS INSTRUCCIONES PREVIAS) SEA EXACTA, COMPLETA, OPORTUNA (EN TIEMPO REAL O DE MANERA CONTINUA), SIN ERRORES, SEGURA O SIN INTERRUPCIONES, O QUE LOS ERRORES SERÁN CORREGIDOS. USTED ENTIENDE Y ACEPTA QUE EL AZHDR SE PROPORCIONA “TAL COMO ES” Y “SUJETO A DISPONIBILIDAD” CON TODOS SUS DESPERFECTOS. NI HEALTH CURRENT NI SU PROVEEDOR SERÁN RESPONSABLES POR LA PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TODOS O PARTE DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS.**

4. **Comunicaciones electrónicas.** Al proporcionarnos su información de contacto, acepta recibir comunicaciones (entre otras, llamadas, correos electrónicos, mensajes de texto y notificaciones) de Health Current, nuestro proveedor o nuestras entidades afiliadas acerca de los documentos que presentó, o acerca de su uso del AzHDR, lo que incluye, entre otros, avisos y advertencias. Estas comunicaciones se podrán efectuar mediante un equipo de marcado automático o mensajes pregrabados o grabados con voz artificial. Es posible que reciba varios mensajes cada día. Se cobran tarifas estándar por mensajes de texto y datos. No asumimos responsabilidad por los cargos de transmisión de datos. Puede optar en cualquier momento por no recibir los mensajes de texto respondiendo con la palabra “STOP”. Darse de baja de los mensajes de texto no lo excluye de las llamadas telefónicas con un representante o correos electrónicos, los cuales podrán continuar en caso de que debamos comunicarnos con usted.

5. **Limitaciones de responsabilidad.** USTED ENTIENDE Y ACEPTA QUE NI HEALTH CURRENT NI SUS MIEMBROS, EJECUTIVOS, DIRECTORES, REPRESENTANTES, EMPLEADOS, AGENTES, ENTIDADES AFILIADAS, PROVEEDORES Y SOCIOS COMERCIALES (DENOMINADOS EN CONJUNTO “PERSONAL DE HEALTH CURRENT”) SERÁN RESPONSABLES ANTE USTED NI NINGUNA OTRA PERSONA POR DAÑOS Y PERJUICIOS INDIRECTOS, INCIDENTALES, EMERGENTES (LO QUE INCLUYE, ENTRE OTROS, PÉRDIDA DE INGRESOS O LUCRO CESANTE), PUNITIVOS O EJEMPLARES, MULTAS O RESPONSABILIDAD CIVIL ESPECIAL QUE SURJAN O ESTÉN DE ALGÚN MODO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE SUS DOCUMENTOS. EN NINGÚN CASO, LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL DE HEALTH CURRENT QUE SURJA O ESTÉ RELACIONADA CON EL USO DEL AZHDR SUPERARÁ LOS \$50.00. CUALQUIER CAUSA DE ACCIÓN O RECLAMACIÓN DE SU PARTE QUE SURJA O ESTÉ DE ALGÚN MODO RELACIONADA CON LA PRESENTACIÓN DE SUS DOCUMENTOS SE DEBE INICIAR DENTRO DE UN (1) AÑO DE QUE SE PRODUZCA LA CAUSA DE ACCIÓN; DE LO CONTRARIO, QUEDARÁ DESESTIMADA PERMANENTEMENTE. USTED RECONOCE Y ACEPTA QUE EL PERSONAL DE HEALTH CURRENT NO SERÁ RESPONSABLE POR LA CONDUCTA DE TERCEROS, Y USTED ACEPTA QUE NO PROCURARÁ ATRIBUIRLE TAL RESPONSABILIDAD. LAS LIMITACIONES PRECEDENTES SE APLICARÁN INDEPENDIENTEMENTE DE QUE

DICHOS DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDAD CIVIL, CAUSAS DE ACCIÓN O RECLAMACIONES SURJAN POR INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO, AGRAVIO (INCLUIDA NEGLIGENCIA) O DE OTRO MODO, E INDEPENDIENTEMENTE DE QUE DICHOS DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDAD CIVIL, CAUSAS DE ACCIÓN O RECLAMACIONES FUERAN PREVISIBLES O QUE EL PERSONAL DE HEALTH CURRENT HUBIERA SIDO ADVERTIDO DE LA POSIBILIDAD DE TALES DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDAD CIVIL, CAUSAS DE ACCIÓN O RECLAMACIONES.

**6. Indemnización y exoneración de responsabilidad.** USTED ACEPTA LIBERAR DE RESPONSABILIDAD, DEFENDER Y EXIMIR AL PERSONAL DE HEALTH CURRENT DE TODAS Y CUALESQUIERA RECLAMACIONES, DEMANDAS, ACCIONES DE TODO TIPO, PÉRDIDAS, GASTOS, DAÑOS Y PERJUICIOS, Y COSTOS (INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS HONORARIOS RAZONABLES DE ABOGADOS) (DENOMINADOS EN CONJUNTO “PÉRDIDAS”) QUE SURJAN O ESTÉN DE ALGÚN MODO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE SUS DOCUMENTOS. Además, usted acepta liberar al personal de Health Current y a sus sucesores de todas y cualesquiera pérdidas (incluidas, entre otras, lesiones personales y fallecimiento) que surjan o estén de algún modo relacionadas con las acciones u omisiones de terceros en relación con el AzHDR.

**7. RENUNCIA A ACCIÓN COLECTIVA Y JUICIO POR JURADO.** USTED ACEPTA QUE LAS CONTROVERSIAS ENTRE USTED Y HEALTH CURRENT O SU PROVEEDOR SE RESOLVERÁN DE ACUERDO CON ESTE ACUERDO DE REGISTRO. ASIMISMO, USTED RENUNCIA AL DERECHO A PARTICIPAR EN UNA ACCIÓN LEGAL COLECTIVA, O PROCEDIMIENTO DE ARBITRAJE COLECTIVO. USTED Y HEALTH CURRENT RENUNCIAN A TODOS LOS DERECHOS A UN JUICIO POR JURADO Y, EN SU LUGAR, OPTAN POR SOLICITAR A UN JUEZ QUE RESUELVIA CUALQUIER CONTROVERSA.

**8. Disposiciones varias.** Si alguna cláusula de este Acuerdo de registro se considerara no válida o inaplicable, se eliminará sin afectar las disposiciones restantes. Las leyes de Arizona rigen la interpretación de este Acuerdo de registro, y se aplicarán en caso de que surjan controversias. Las controversias se resolverán en el condado de Maricopa, Arizona. Usted acepta someterse a la jurisdicción personal exclusiva de los tribunales estatales y federales ubicados en el condado de Maricopa, Arizona.

### Declaración de la persona inscrita (SE REQUIERE NOTARIZACIÓN)

Al firmar a continuación, certifico que he leído, comprendo y acepto este Acuerdo de registro del AzHDR, que incluye, entre otros, los términos y condiciones establecidos en el presente. Entiendo que, una vez que un documento presentado se active, los proveedores de atención médica podrán acceder a estos para la prestación de los servicios de atención médica. Reconozco y confirmo lo siguiente:

- Cumplí los dieciocho (18) años de edad o soy un menor emancipado.
- Firmé y otorgué las instrucciones previas adjuntas y lo hice voluntariamente (o dispuse voluntariamente que otra persona firmara en mi nombre) como un acto libre y voluntario con el propósito allí expresado.
- A mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y exacta.

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

Nombre del firmante en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Seleccione la opción que corresponda:

- Yo soy el titular de las instrucciones previas.
- Tengo el siguiente parentesco o relación con el titular de las instrucciones previas: \_\_\_\_\_

Estado de Arizona
Condado de _____
El día _____ de _____ de 20 _____, compareció personalmente ante mí _____ (nombre del firmante), quien demostró, mediante una identificación o prueba satisfactoria, ser la persona cuya firma aparece estampada en este documento.
(Sello)
_____ Firma del notario público