

Registro

Por el presente, entrego mi directiva anticipada de salud mental a la Division of Mental Health and Addiction Services en el New Jersey Department of Human Services para que se registre.

Elijo la contraseña siguiente que permitirá acceso a mí y a cualquiera con quien la comparta:
_____ (Si se deja en blanco, se le asignará y dará una).

Entiendo además que puede que un profesional médico autorizado que me brinda atención de salud mental tenga acceso a mi directiva si es necesario. No se permitirá que ninguna otra persona vea la directiva (excepto en lo requerido para la administración del registro) sin mi permiso.

Firma _____ Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____

Denos la siguiente información de contacto para confirmación:

Dirección

Número telefónico

Correo electrónico

Testigo:

Firma _____ Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____

Envíe el original de este formulario de registro y una copia de su directiva anticipada de salud mental completa a:

NJDMHS Registry
PO Box 700
222 South Warren St
Trenton, NJ 08625

Además puede presentar para registro otros documentos que afectan su capacidad legal de consentir, como por ejemplo una directiva anticipada de atención médica, poder notarial duradero, órdenes de tutoría temporales o limitadas, etc., que el registro aceptará a su discreción.