

DESIGNACIÓN DEL SUSTITUTO DEL CUIDADO DE LA SALUD

Nombre: _____

En caso de que se haya determinado que estoy incapacitado para dar consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y de tratamiento médico, me gustaría designar a la siguiente persona como mi sustituto para decisiones de atención médica:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Si mi sustituto no está dispuesto o es incapaz de realizar sus deberes, deseo designar a la siguiente persona como mi sustituto alterno:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo perfectamente que esta designación permitirá que mi persona designada tome decisiones de atención de salud y proporcione, deniegue o retire su consentimiento en mi nombre; o solicite beneficios públicos sufrague el costo de la atención sanitaria; y autorice mi admisión o transferencia de un centro de cuidado de la salud.

Instrucciones adicionales (opcionales):

Además afirmo que esta designación no está siendo tomada como una condición de tratamiento o admisión a una institución médica. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas aparte de mi sustituto, para que sepan quién es mi sustituto.

Nombre _____

Nombre _____

Firmado _____

Fecha _____

Testigos 1. _____

2. _____

Al menos uno de los testigos no debe ser un esposo o esposa o un pariente de la persona principal