

DIRECCIONES

La fecha de hoy.
Su nombre y
apellido.

Estas personas
deben incluir
su designado de
sustituto del
cuidado de
salud o por
lo menos una
de personas
siguientes:
médico,
abogado, un
representante
autorizado
familiar, amigo,
un conocido,
pareja
o cuidador.

Su nombre y
firma.

Ambos testigos
deben de estar
presentes al
usted firmar
este documento.
Sólo un
testigo puede
ser un esposo,
esposa o
pariente.

Usted debe proporcionar una copia de este formulario para su cuidado de la salud. Usted puede proporcionar copias de este formulario a su médico, abogado, representante autorizado, familia, amigos, pareja y cuidador de salud.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____
(letra de imprenta)

Si no soy capaz de tomar decisiones o expresar mis deseos en relación con el tratamiento médico y quirúrgico o procedimientos de diagnóstico, yo nombro a la siguiente persona (s) a que lo hagan por mí:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Primaria Teléfono: _____ Teléfono Secundario: _____

Si mi cuidador de salud no quiere o no puede desempeñar sus funciones, deseo designar como suplente a:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Primaria Teléfono: _____ Teléfono Secundario: _____

Mi sustituto para mi cuidador de salud puede tomar decisiones pertinentes a mi salud. Ellos pueden proporcionar, retener o retirar la atención en mi nombre, o solicitar beneficios públicos para reducir el costo de la atención de la salud, y autorizar mi ingreso o traslado de un centro de atención médica.

Tengo un testamento vital. Sí No

Yo estipulo que este nombramiento que no se ha hecho como una condición del tratamiento o la admisión a un lugar de tratamiento de salud. Voy a notificar y enviar una copia de este documento a las siguientes personas para que puedan saber quien es mi sustituto:

Nombre (s): _____ Teléfono: _____
Nombre (s): _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Firma del Paciente

Nombre Testigo # 1 (letra de imprenta)

Firma del Testigo # 1

Testigo # 1 Dirección

Número de Teléfono Testigos #1

Nombre Testigo # 2 (letra de imprenta)

Número de Teléfono Testigos #2

Testigo # 2 Dirección

Número de Teléfono Testigos #2



Designación de su Cuidador de Salud (Designation of Health Care Surrogate)