

A. Nombramiento del Sustituto para el Cuidado de Salud:

Yo, _____, por medio de la presente, nombro a la siguiente persona como
(Nombre impreso)

sustituto para el Cuidado de mi salud:

Nombre de Sustituto para el Cuidado de Mi Salud: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Alterno: _____

Si el sustituto para el cuidado de mi salud no está dispuesto, capaz o disponible para realizar sus funciones, yo designo la siguiente persona como **sustituto alternativo para el cuidado de mi salud:**

Nombre de Sustituto Alterno para el Cuidado de Mi Salud: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Alterno: _____

B. La autoridad del sustituto para el cuidado de mi salud se vuelve efectiva cuando mi médico primario determine que yo no puedo hacer mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud, A MENOS QUE yo marque una de las siguientes casillas:

- _____ Yo quiero que el sustituto para el cuidado de mi salud tenga acceso inmediato a la información sobre mi salud.
(Iniciales)
- _____ Yo quiero que el sustituto para el cuidado de mi salud comience a hacer decisiones sobre el cuidado mi salud de forma inmediata. A medida que yo pueda comprender, el sustituto para el cuidado de mi salud y mi proveedor de cuidado de salud me mantendrán informado(a) de todas las decisiones realizados en mi nombre y todos los asuntos relacionados a mí. (Mientras pueda hacer decisiones sobre el cuidado de mi salud, mis preferencias para mi cuidado serán seguidas.)

C. Autoridad del Sustituto para el Cuidado de Mi Salud – (Por favor marcar y firmar las iniciales al lado de las siguientes oraciones que apliquen):

- _____ **Yo autorizo el sustituto de cuidado para mi salud a recibir cualquier información sobre mi salud**
(Iniciales) (1) creada o recibida por el proveedor de cuidados de salud, la instalaciones de cuidado, seguros de salud, autoridad pública de salud, empleador, aseguradora de vida, escuela o universidad, o cámara de compensación y (2) se relaciona a mi salud, o condición física y mental, la provisión de cuidado para mí, o el pago para el cuidado de mi salud.
- _____ **Yo autorizo al sustituto para el cuidado de mi salud para la toma de decisiones sobre el cuidado de mi salud,** que significa (1) consentir, rehusar el consentimiento, o retirar el consentimiento para el cuidado de salud, incluyendo procedimientos que alargan la vida, (2) aplicar para beneficios para cubrir los costos de cuidado de mi salud, (3) recibir acceso a la información sobre mi salud para la toma de decisiones o la aplicación de beneficios, y (4) donar todo o parte de mi cuerpo para trasplante, terapia, investigación, o educación.
- _____ **Otras instrucciones específicas y restricciones (si existe alguna):** _____
(Iniciales)

FIRMA

Para que este instrumento sea válido, se debe de firmar en la presencia de dos testigos, o si usted no puede firmar el documento usted mismo, puede, en la presencia de los testigos, pedirle a otro que lo firme por usted. La persona que Usted nombra como su sustituto (o sustituto alternativo) no puede servir como un testigo. Ambos testigo deben de ser adultos, y por lo menos uno de los testigos debe de ser otra persona que no sea su esposo(a) o un pariente consanguíneo.

Nombre del Paciente: _____ (su nombre impreso)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo #1: Nombre Impreso: _____ **Testigo #2:** Nombre Impreso: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Firma: _____ Firma: _____

Fecha Firmado: _____ Fecha Firmado: _____

DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO PARA CUIDADO MÉDICO (Designation of Health Care Surrogate)

INSTRUCCIONES PARA REVOCAR/ENMENDAR

Mientras usted pueda, puede revocar o enmendar esta designación haciendo lo siguiente: (1) firmar un documento expresando su intención de enmendar o revocarlo, (2) destruirlo (o que lo destruyan por sus instrucciones), (3) verbalmente enmendar o revocarlo, o (4) firmando una nueva designación que es distinta a esta. Para asegurar que su revocación y enmienda es efectiva, favor de notificar inmediatamente a su sustituto(s) y proveedor(es) para el cuidado d su salud.

QUE DEBO DE HACER CON ESTA FORMA?

Debe de proveer una copia de esta forma a su sustituto para el cuidado de su salud. Es recomendado que también provea una copia de este documento a su médico, abogado, representante autorizado, familia, amigos, otra persona allegada y cuidador.