

# DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO DE CUIDADO A LA SALUD

Yo, \_\_\_\_\_, hago la siguiente una declaración definitiva de mis deseos:

En el caso, o cuando se determine que ya no soy capaz de dar mi consentimiento informado propio para decisiones de tratamiento médico y de cuidado a la salud, yo deseo designar a la persona nombrada a continuación para que tome y comunique por mi esas decisiones (*sustituto de cuidado a la salud*):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigó postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si la persona nombrada anteriormente no está disponible o no es capaz de tomar decisiones por mi, de tratamiento médico y cuidado a la salud, yo deseo designar a la persona nombrada a continuación como mi *sustituto alterno para cuidado a la salud*:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigó postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo entiendo completamente que este documento:

- Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a tomar, de parte mia, decisiones de cuidado a la salud y tratamiento médico.
- Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente de proveer, descontinuar o revertir, de parte mia, consentimiento para cuidado a la salud y tratamiento médico.
- Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a aplicar para asistencia pública, para ayudar a pagar por los costos de mi cuidado a la salud.
- Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a autorizar mi admisión a, o transferimiento de una institución de cuidado a la salud.
- Excluye decisiones en cuanto a la donación de órganos, a no ser que yo haya completado un formulario oficial para la donación de órganos.

Use el espacio a continuación en el caso de que tenga instrucciones adicionales para el sustituto de cuidado a la salud:

\_\_\_\_\_

Notificaré y enviaré una copia de este documento a las personas nombradas anteriormente, y a las personas adicionales nombradas a continuación para que así ellos sepan quien es mi sustituto.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

No voy a completar este documento como requerimiento para tratamiento o admisión a una institución para el cuidado a la salud.

\_\_\_\_\_  
Mi firma

\_\_\_\_\_  
Mi nombre (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

INSTRUCCIONES: Testigos deben ser de 18 años o mayores. Las personas nombradas como sustituto y sustituto alterno no pueden firmar este documento como testigos. Por lo menos una persona que firme como testigo no puede ser el/la esposo/a o miembro familiar de la persona que está completando este documento.

\_\_\_\_\_  
firma del testigo

\_\_\_\_\_  
firma del testigo

\_\_\_\_\_  
nombre (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
nombre (letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_  
teléfono:

\_\_\_\_\_  
teléfono: