

Banyan Community Health Center, Inc.

Asignación de un Apoderado de Salud

En caso de que por determinación médica, me encuentre yo incompetente o incapacitado de dar consentimiento expreso e informado para efectuar tratamiento médico, intervención quirúrgica o procedimientos para diagnósticos, yo, _____, Apellido, Primer y Segundo nombre, deseo designar a la siguiente persona (s) para que tome decisiones por mí.

PERSONA DESIGNADA

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DESIGNACION ALTERNATIVA

Si la persona antes designada no pudiese representarme, autorizo a la siguiente persona a tomar decisiones en mi nombre:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: : _____ Teléfono: _____

Entiendo perfectamente que este documento autoriza a la persona designada a apoyar, denegar, o retirar su consentimiento para el tratamiento que se pretenda realizar y esto puede hacerlo en mi nombre. Esta persona también puede solicitar beneficios públicos para diferir los costos de atención médica y autorizar mi transferencia hacia otros centros de salud.

Asimismo, quiero reiterar que esta designación no está condicionada a ningún tratamiento determinado o a ninguna admisión a un centro de salud. Entiendo que de revertirse mi estado de incapacitación o incompetencia, y yo volviera a ser competente y capacitado para volver a tomar decisiones, entonces todas las decisiones serán hechas nuevamente por mí.

Entiendo que puedo rescindir esta declaración en cualquier momento siempre y cuando se me juzgue competente y habilitado(a) para hacer este género de juicios.

Instrucciones adicionales: _____

Tiene usted un Testamento en Vida? Sí No

Firma: _____ Fecha : _____

Testigo #1: _____ Fecha : _____

Testigo #2: _____ Fecha : _____

Nota: Un testigo no puede ser el esposo(a), pariente consanguíneo, heredero del designado, o el responsable de los gastos medicos de la persona.