

Cómo completar su formulario de sustituto de atención médica



A continuación, se incluye un breve resumen de cada sección de este formulario.

1 Nombre y detalles del sustituto de atención médica

Aquí es donde usted indica el nombre del sustituto de atención médica y un reemplazo.

2 Facultades del sustituto de atención médica

Esta es la lista de facultades que usted le concede al sustituto de atención médica. Le permite a esta persona:

- Recibir su información de salud.
- Tomar decisiones de atención médica por usted.
- Decidir hacer una donación anatómica.

Es posible que quiera darle al sustituto de atención médica una copia de su testamento vital y otras directivas anticipadas. Esto le ayudará al sustituto a realizar estas tareas sobre la base de sus deseos.

3 Otras instrucciones y limitaciones

Esta sección es opcional. Puede indicar instrucciones o limitaciones adicionales para el sustituto de atención médica.

4 La responsabilidad de mantenerme informado

No debe completar nada en esta sección. Solo debe leerla atentamente. Indica que sus médicos y el sustituto de atención médica deben mantenerlo razonablemente informado.

5 Modificación o cancelación de este formulario

Una vez más, no debe completar nada en esta sección. Solo debe leerla atentamente. Le indica cómo puede modificar o cancelar este formulario.

6 Cuándo entran en vigencia las facultades de mi sustituto de atención médica

Esta sección le indica en qué momento el sustituto de atención médica puede comenzar a actuar en su nombre, lo cual generalmente corresponde al momento en que su médico informa que usted ya no es capaz de tomar sus propias decisiones. Sin embargo, usted puede hacer que esto comience antes si coloca sus iniciales en las casillas de esta sección.

7 Firmas

Usted y sus testigos deben firmar y colocar la fecha en el formulario. Al menos uno de los testigos no debe ser su cónyuge o pariente consanguíneo. El sustituto de atención médica no puede actuar como testigo.

Formulario de sustituto de atención médica



1 Nombre y detalles del sustituto de atención médica

Escriba su nombre completo en letra imprenta en el espacio en blanco de la primera oración a continuación. Luego, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del sustituto de atención médica y del reemplazo.

Yo, _____, designo a esta persona como mi sustituto de atención médica, conforme al artículo 765.202 de los Estatutos de Florida:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

En caso de que mi sustituto de atención médica no esté dispuesto, capacitado o razonablemente disponible para realizar sus tareas, designo a esta persona como el reemplazo de mi sustituto de atención médica:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

2 Facultades del sustituto de atención médica

Coloque sus iniciales en el espacio indicado a continuación.

Le permito a mi sustituto de atención médica:

Recibir toda mi información de salud.

Esto significa que mi sustituto de atención médica puede recibir la información de salud:

- que sea oral, escrita o registrada en cualquier formato o medio;
- que sea creada o recibida por cualquier persona que participe en mi atención médica, como un proveedor de atención médica, establecimiento de atención médica, plan de salud, empleador, aseguradora de vida, escuela, universidad o centro de información de atención médica;
- que esté relacionada con mi afección de salud física o mental pasada, presente o futura;
- que esté relacionada con la atención médica recibida;
- que esté relacionada con el pago de atención médica recibida en el pasado, presente o futuro.

Coloque las
iniciales aquí

*Coloque las
iniciales aquí*

Tomar todas las decisiones de atención médica por mí.

Mi sustituto de atención médica hará lo posible para cumplir mis deseos, como aquellos indicados en mi testamento vital. Mi sustituto de atención médica puede:

- dar consentimiento informado, rechazar o retirar el consentimiento para toda mi atención médica, incluidos los procedimientos para prolongar la vida.
- solicitar beneficios privados, públicos, gubernamentales o de veteranos para mí, a fin de que pueda pagar el costo de mi atención médica.
- acceder a mi información de salud para tomar decisiones sobre mi atención médica.

*Coloque las
iniciales aquí*

Decidir hacer una donación anatómica, según se detalla en la parte V del capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

3 Otras instrucciones y limitaciones (opcional)

Si desea proporcionar instrucciones —o limitaciones— adicionales a su sustituto de atención médica, indique esos detalles aquí.

4 Mi derecho de estar informado

Mientras aún sea capaz de tomar mis propias decisiones, mis deseos están bajo control y, por lo tanto, invalidan los deseos de mi sustituto de atención médica. Mi médico y proveedores de atención médica deben comunicarme de forma clara el plan del tratamiento, o cualquier modificación al plan del tratamiento, antes de aplicarlo.

En la medida en que yo sea capaz de entender, mi sustituto de atención médica me mantendrá razonablemente informado en lo que respecta a los asuntos que me conciernen y todas las decisiones que esta persona tome en mi nombre.

Si quedo incapacitado, este formulario de sustituto de atención médica no se verá afectado, excepto por lo indicado en el capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

5 Modificación o cancelación de este formulario

Como se indica en el artículo 765.104 de los Estatutos de Florida, entiendo que, siempre y cuando pueda tomar mis propias decisiones, puedo modificar o cancelar este formulario en cualquier momento si tomo una de las siguientes medidas:

- Firmo un documento escrito y fechado que expresa mi intención de modificar o cancelar este formulario.
- Destruyo físicamente este formulario. Puedo hacerlo por mi cuenta o pedirle a alguien más que lo haga por mí, siempre y cuando, se lo pida y lo haga frente a mí.
- Expreso mi deseo de modificar o cancelar este formulario.
- Firmo un nuevo formulario de sustituto de atención médica que contenga diferencias significativas con respecto a este.

Además, entiendo que, si modifico o cancelo este formulario, es importante informárselo a mi médico y a Devoted Health.

6 Cuándo entran en vigencia las facultades de mi sustituto de atención médica

Coloque sus iniciales en las casillas a continuación únicamente si desea que la facultad del sustituto de atención médica entre en vigencia de inmediato.

La facultad de mi sustituto de atención médica entrará en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones en cuanto a la atención médica. Si deseo que la facultad de mi sustituto de atención médica entre en vigencia antes, colocaré las iniciales en una de las casillas a continuación o en ambas:

Coloque las
iniciales aquí

Si coloco las iniciales aquí, la facultad de mi sustituto de atención médica en lo que respecta a recibir mi información de salud entrará en vigencia de inmediato.

Coloque las
iniciales aquí

Si coloco las iniciales aquí, la facultad de mi sustituto de atención médica en lo que respecta a tomar decisiones de atención médica entrará en vigencia de inmediato.

7 Firmas

Complete y firme este formulario en presencia de dos testigos. Luego, pídale a los testigos que firmen a continuación. Al menos uno de los testigos no debe ser su cónyuge o pariente consanguíneo. El sustituto de atención médica no puede actuar como testigo.

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

DIRECCIÓN:

Primer testigo

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

DIRECCIÓN:

Segundo testigo

FIRMA:

FECHA:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

DIRECCIÓN: