



Designation of Health Care Surrogate

I, _____, make this a definitive statement of my desires:

If or when it is determined that I am no longer able to give my own informed consent for health care and medical treatment decisions, I wish to designate the person named below to make and communicate those decisions for me (health care surrogate):

Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

If the person named above is unwilling or unable to make health care and medical treatment decisions for me, I wish to designate the person named below as my alternate health care surrogate:

Name: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

- I fully understand that this document:
 - Permits the person(s) I named above to make health care and medical treatment decisions on my behalf;
 - Permits the person(s) I named above to provide, withhold or withdraw consent for health care and medical treatment on my behalf;
 - Permits the person(s) I named above to apply for public financial assistance to help pay for my health care costs;
 - Permits the person(s) I named above to authorize my admission to or transfer from a health care facility;
 - Excludes organ donation decisions, unless I have filled out an official organ donor form.

Use the space below if you have additional instructions for the health care surrogate:

- I will notify and send a copy of this document to the people named above, and to the following additional people named below so they will know who my surrogate is.

Name: _____ Name: _____
Phone: _____ Phone: _____

- I am not completing this document as a requirement for treatment or admission to a health care facility.

My Signature _____ My Name (Printed) _____ Date _____

Instructions: Witnesses must be 18 years old or older. The people named as surrogate and alternate surrogates must not sign this document as witnesses. At least one person who signs as a witness must not be the spouse or an immediate family member of the person who is completing this document.

Witness Signature

Witness Name (Printed)

Address

Phone Number

Witness Signature

Witness Name (Printed)

Address

Phone Number

Compliments of HospiceCare of Southeast Florida, Inc.



DESIGNACION DE UN SUSTITUTO PARA TOMAR LAS DECISIONES CON RESPECTO AL CUIDADO DE MI SALUD

Yo, _____, hago la siguiente declaración definitiva de mis deseos:

En el caso, o cuando se determine que ya no estoy en la capacidad de dar mi consentimiento propio para hacer las decisiones del tratamiento médico y cuidado de mi salud, yo deseo designar a la persona nombrada a continuación para que tome y comunique por mí esas decisiones (sustituto para tomar las decisiones del cuidado de mí salud):

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

- Yo entiendo completamente que este documento:
- Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a tomar decisiones relacionadas con el cuidado de mí salud y tratamiento(s) médico(s).
 - Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a proveer, discontinuar o revertir cualquier consentimiento relacionado con el cuidado de mí salud y tratamiento(s) médico(s).
 - Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a aplicar para recibir cualquier asistencia pública para ayudar a pagar por los costos del cuidado de mí salud.
 - Permite a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente a autorizar mi admisión o traslado a una institución para el cuidado de mí 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 caso de que tenga instrucciones adicionales para el sustituto designado para tomar las decisiones para el cuidado de su salud:

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

Nombre: _____ Nombre: _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____

No voy a completar este documento como un requerimiento para recibir tratamiento médico o para mi admisión en una institución para el cuidado de mi salud.

Mi firma Mi nombre (letra imprenta) Fecha

INSTRUCCIONES: Los testigos deben ser de 18 años o mayores de esa edad. Las personas nombradas como sustituto y sustituto alternativo, no pueden firmar este documento como testigos. Por lo menos, una persona que firme como testigo no puede ser el/la esposo(a) o algún miembro de la familia de la persona que está completando este documento.

Firma del Testigo

Nombre (use letra imprenta)

Dirección

Teléfono

Firma del Testigo

Nombre (use letra imprenta)

Dirección

Teléfono