

DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MENORES

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Yo/Nosotros, (nombre/nombres _____), [] tutor(es) natural(es); [] custodio(s) legal(es);
[] tutor(es) legal(es) de los siguientes menores:

Apellido del menor,	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento:
---------------------	---------------	----------------------------	----------------------

Apellido del menor,	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento:
---------------------	---------------	----------------------------	----------------------

Apellido del menor,	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento:
---------------------	---------------	----------------------------	----------------------

de conformidad con s. 765.2035, Estatutos de Florida, designo/designamos a la siguiente persona para que actúe como mi/nuestro sustituto en las decisiones de atención médica para dicho menor o menores en caso de que yo/nosotros no podamos o no estemos razonablemente disponibles para dar nuestro consentimiento para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico:

Nombre del sustituto: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Relación con el menor: _____

Yo/Nosotros autorizo/autorizamos y solicito/solicitamos a todos los médicos, hospitales u otros proveedores de servicios médicos que sigan las instrucciones de mi/nuestro sustituto o sustituto alternativo, según sea el caso, en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, con respecto al tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para un menor, siempre que la atención médica y el tratamiento de cualquier menor se realicen siguiendo el consejo de un médico autorizado.

Entiendo/Entendemos plenamente que esta designación permitirá a mi/nuestro sustituto tomar decisiones de atención médica en nombre de un menor y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi/nuestro nombre, solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención médica y autorizar la admisión o el traslado de un menor hacia o desde un centro de atención médica.

ESTA DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MENORES TERMINARÁ EL:

(Seleccione una de las siguientes opciones)

☐ UNA VEZ FINALIZADA LA CONSULTA CON EL PERSONAL MÉDICO DE MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM.

☐ LA SIGUIENTE FECHA _____ (INDIQUE LA FECHA).

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
(Imprima el formulario y firmelo a mano)

TESTIGOS:

Testigo 1: _____ Fecha: _____
(Firma del testigo)

Testigo 2: _____ Fecha: _____
(Firma del testigo)

_____ Se utilizaron servicios de interpretación para el idioma _____ Número de identificación del intérprete _____
_____ El proveedor/cirujano multilingüe facilitó el consentimiento informado en el idioma de preferencia del paciente.



DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA
DE MENORES

2310-03308 (08/25)

ENGLISH/SPANISH

PÁGINA 1 DE 1



PACIENTE/ETIQUETA

Γ

7

L

J