



Departamento de Salud, División de Salud Licencias y Regulación

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DEL SUSTITUTO

I, \_\_\_\_\_ han identificado \_\_\_\_\_
Nombre de la impresión del médico señalado Nombre de la impresión del sustituto

como responsable sustituto para \_\_\_\_\_, de acuerdo con los criterios abajo.
Nombre de la impresión del paciente

Identidad e información de contacto sustitutas:

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa:( )
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:( )
Teléfono móvil:( )
Otro:( )

Los criterios consideraban en la identificación del sustituto (marque todos que se apliquen):

- checkbox cuidado especial y preocupación de los objetos expuestos por paciente
checkbox familiar con los valores personales/los deseos del paciente
checkbox razonablemente disponible
checkbox el querer servir
checkbox capaz de actuar de acuerdo con intereses sabidos de los deseos del paciente los mejores
checkbox contacto regular con antes de/durante del paciente enfermedad
checkbox capaz de visitar al paciente durante enfermedad
checkbox disponible para el contacto cara a cara con los proveedores
checkbox capaz de participar en el procedimiento de toma de decisión

\_\_\_\_\_ La firma del médico Fecha/Hora

Individuos en el desacuerdo? checkbox Si checkbox No Si si, explique por favor: \_\_\_\_\_

Aceptación del sustituto: Acuerdo servir como responsable sustituto para el paciente nombrado arriba y la capaz y queriendo de tomar decisiones médicas en nombre el paciente.

\_\_\_\_\_ La firma del sustituto Fecha/Hora

Si ningún sustituto puede ser identificado, el médico señalado puede tomar las decisiones de la atención sanitaria para el paciente después de obtener una de las firmas siguientes:

Certifico que el médico señalado ha consultado con y ha obtenido las recomendaciones del mecanismo de los éticas de la instalación:

\_\_\_\_\_ Nombre de la impresión de la instalación representativos

\_\_\_\_\_ Firma de los éticas de la instalación representativos

\_\_\_\_\_ Fecha/Hora

Soy medico implicado no no directamente en el cuidado de paciente; No desempeño servicios en una capacidad de la toma de decisión, de la influencia, o de la responsabilidad sobre el médico señalado; No estoy bajo la toma de decisión, la influencia, o responsabilidad del médico señalado; y concurro en el plan del cuidado para este paciente.

\_\_\_\_\_ Nombre de la impresión del segundo médico

\_\_\_\_\_ Firma del segundo médico

\_\_\_\_\_ Fecha/Hora