

Community Health Systems, Inc. Formulario De Consentimiento Por Poder Para Atención No Urgente

Se requiere una actualización anual, si hay cambios en el Proxy, se debe completar un nuevo formulario en persona para designar a un nuevo apoderado.

Quién es mi Consejería y decisiones que me re a autoridad que se oma de decisione LIMITACIONES LIMITACIONES LIDENTIFIQUE cual hay ninguno, di LIDENTIFIQUE CUAL indique "ningur ENFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	(Respecificar la tones relacionadas con mi presenta en este poder pa e le delega. Tenga en cue sinformadas. S: quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año.	di atención méara tomar decenta que la infestipos de servade 1 año durantes rutinaria, en de teléfono.	(Nombre del pacien de la relación del apode édica no urgente. Tengo cisiones, que es mayor d formación de salud pro vicios médicos para los ante el tiempo por el que ntonces por favor trate o Si por alguna razón no p	(Dirección) como mi representante para lerado) el derecho legal de delegar dicho ce de edad, legal y médicamente computegida puede ser compartida con el cuales se otorga este consentimiente es e otorga este consentimiento por puede comunicarse conmigo (nosotros) puede ponerse en contacto conmigo	consentimiento a la petente para ejercer la apoderado para la ato por poder. Si no poder. Si ninguno,
consejería y decisionersona que me re a autoridad que se oma de decisione. LIMITACIONES 1. Identifique cual hay ninguno, di hay ninguno, di indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	(Nombre) (Especificar la tones relacionadas con mi presenta en este poder pa e le delega. Tenga en cues informadas. S: quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año. N DE CONTACTO: e la atención médica no estel siguiente (s) número(s) entimiento de la persona de control de la persona de la perso	i atención mé ara tomar dec enta que la inf s tipos de serv de 1 año durar es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	de la relación del apode dica no urgente. Tengo esisiones, que es mayor de aformación de salud provisiones médicos para los unte el tiempo por el que entonces por favor trate o Si por alguna razón no p	(Dirección) como mi representante para lerado) el derecho legal de delegar dicho ce de edad, legal y médicamente computegida puede ser compartida con el cuales se otorga este consentimiente es e otorga este consentimiento por puede comunicarse conmigo (nosotros) puede ponerse en contacto conmigo	consentimiento a la petente para ejercer la apoderado para la ato por poder. Si no poder. Si ninguno,
consejería y decisionersona que me re a autoridad que se oma de decisione. LIMITACIONES 1. Identifique cual hay ninguno, di hay ninguno, di indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	(Especificar la tones relacionadas con mi presenta en este poder pa e le delega. Tenga en cue sinformadas. S: quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año. N DE CONTACTO: e la atención médica no estel siguiente (s) número(s) entimiento de la persona o	i atención mé ara tomar dec enta que la inf s tipos de serv de 1 año durar es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	édica no urgente. Tengo cisiones, que es mayor diformación de salud provisions médicos para los unte el tiempo por el que si por alguna razón no por alguna razón no por el que si por el	como mi representante para lerado) o el derecho legal de delegar dicho co de edad, legal y médicamente computegida puede ser compartida con el cuales se otorga este consentimiento es se otorga este consentimiento por puede comunicarse conmigo (nosotros) puede ponerse en contacto conmigo	consentimiento a la petente para ejercer la apoderado para la ato por poder. Si no poder. Si ninguno,
persona que me re la autoridad que se autoridad que se coma de decisione. LIMITACIONE: 1. Identifique cual hay ninguno, di 2. Identifique cual indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	cones relacionadas con mispresenta en este poder pare le delega. Tenga en cuers informadas. S: quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año. N DE CONTACTO: e la atención médica no estel siguiente (s) número(s) entimiento de la persona de la persona de la contractor.	i atención mé ara tomar dec enta que la inf s tipos de serv de 1 año durar es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	édica no urgente. Tengo cisiones, que es mayor diformación de salud provisions médicos para los unte el tiempo por el que si por alguna razón no por alguna razón no por el que si por el	de comunicarse conmigo (nosotros)	consentimiento a la petente para ejercer la apoderado para la ato por poder. Si no poder. Si ninguno,
persona que me re la autoridad que se toma de decisione. LIMITACIONE: 1. Identifique cual hay ninguno, di 2. Identifique cual indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	cones relacionadas con mispresenta en este poder pare le delega. Tenga en cuers informadas. S: quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año. N DE CONTACTO: e la atención médica no estel siguiente (s) número(s) entimiento de la persona de la persona de la contractor.	i atención mé ara tomar dec enta que la inf s tipos de serv de 1 año durar es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	édica no urgente. Tengo cisiones, que es mayor diformación de salud provisions médicos para los unte el tiempo por el que si por alguna razón no por alguna razón no por el que si por el	de ed derecho legal de delegar dicho co de edad, legal y médicamente computegida puede ser compartida con el cuales se otorga este consentimiento e se otorga este consentimiento por puede comunicarse conmigo (nosotros) puede ponerse en contacto conmigo	petente para ejercer l'apoderado para la ato por poder. Si no poder. Si no poder. Si ninguno,
hay ninguno, di 2. Identifique cual indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año. N DE CONTACTO: e la atención médica no estel siguiente (s) número(s) entimiento de la persona o	de 1 año durar es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	nte el tiempo por el que ntonces por favor trate o Si por alguna razón no p	de comunicarse conmigo (nosotros)	poder. Si ninguno,
1. Identifique cual hay ninguno, di hay ninguno, di 2. Identifique cual indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse Nombre:	quier limitación sobre los ga "ninguno". quier limitación a partir dao". Válido 1 año. N DE CONTACTO: e la atención médica no estel siguiente (s) número(s) entimiento de la persona o	de 1 año durar es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	nte el tiempo por el que ntonces por favor trate o Si por alguna razón no p	de comunicarse conmigo (nosotros)	poder. Si ninguno,
indique "ningur INFORMACIÓN Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse Nombre:	N DE CONTACTO: e la atención médica no es el siguiente (s) número(s) entimiento de la persona o	es rutinaria, er de teléfono. S que toma las	ntonces por favor trate o Si por alguna razón no p	de comunicarse conmigo (nosotros) puede ponerse en contacto conmigo	e) con respecto a la
Si la naturaleza de atención médica, e confiar en el conse	e la atención médica no es el siguiente (s) número(s) entimiento de la persona o	de teléfono. que toma las	Si por alguna razón no p	puede ponerse en contacto conmigo	
Teléfono diurno: _			(Tutor Legal)		
Teléfono diurno: _			, ,		
			Telétono nocturno:		
EN FE DE QUE,	los abajo firmantes han	n ejecutado o	este instrumento a par	rtir del (mes): (día)	, (año) 20
	(Firma del tutor legal)		_		
(Firma del res	sponsable que toma las de	ecisiones)	(Se necesita # de lice	ncia de conducir y copia de la licen	 ncia del apoderado)
	de crianza/Otros cuidad		,	· · ·	
Tutor (o centro autorizado:				
	o de teléfono de contacto				
			ıdicial al formulario de		
	-		-	l poder, se debe completar un nuevo for	rmulario en persona
	el nuevo responsable de la to		ones del apoderado. lel Padre o tutor legal	Padre o tutor legal (firma)	Fecha
Clinciai	mbio de proxy (sí o no)	I TUILLUL C	El I aui c o curor regue	I duit o tutor regur (Feena

Revisado 12/24