



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.**

Para las familias que son pacientes continuos de Community Health Systems, Inc.

Yo _____
(Nombre del paciente)

Nombro a _____ / _____
(Nombre) (Dirección)

Quién es mi _____ como mi representante para tomar decisión en
(Especificar la naturaleza de la relación del apoderado)

consejería y decisiones relacionadas con mi atención médica no urgente. Tengo el derecho legal de delegar dicho consentimiento a la persona que me representa en este poder para tomar decisiones, que es mayor de edad, legal y médicamente competente para ejercer la autoridad que se le delega. Tenga en cuenta que la información de salud protegida puede ser compartida con el apoderado para la toma de decisiones informadas.

LIMITACIONES:

1. Identifique cualquier limitación sobre los tipos de servicios médicos para los cuales se otorga este consentimiento por poder. Si no hay ninguno, diga "ninguno".

2. Identifique cualquier limitación a partir de 1 año durante el tiempo por el que se otorga este consentimiento por poder. Si ninguno, indique "ninguno". Válido 1 año.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Si la naturaleza de la atención médica no es rutinaria, entonces por favor trate de comunicarse conmigo (nosotros) con respecto a la atención médica, el siguiente (s) número(s) de teléfono. Si por alguna razón no puede ponerse en contacto conmigo (nosotros), puede confiar en el consentimiento de la persona que toma las decisiones por representación.

Nombre: _____
(Tutor Legal)

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

EN FE DE QUE, los abajo firmantes han ejecutado este instrumento a partir del (mes): _____ (día) _____, (año) 20_____.

(Firma del tutor legal)

(Firma del responsable que toma las decisiones) (Se necesita # de licencia de conducir y copia de la licencia del apoderado)

Tutelas/Cuidado de crianza/Otros cuidadores ordenados por la corte, complete esta sección:

Tutor o centro autorizado: _____

Número de teléfono de contacto: _____

Adjunte una copia de la orden judicial al formulario de poder.

Actualización de proxy: Se requiere una actualización anual. Si hay un cambio en el poder, se debe completar un nuevo formulario en persona con el nombramiento del nuevo responsable de la toma de decisiones del apoderado.

FOC inicial	Cambio de proxy (sí o no)	Nombre del Padre o tutor legal	Padre o tutor legal (firma)	Fecha