

Designation of Health Care Surrogate

I, _____ (please print) want _____
Print Name Surrogate's Name

Phone _____ Address _____

to be my Health Care Surrogate and make health care decisions for me as indicated by my initials below:

- _____ Effective only when my physician determines that I am unable to make these decisions myself.
- _____ Effective immediately, with the understanding that when I have decision-making capacity, my wishes are controlling and my health care providers must clearly communicate any treatment plan and health care decisions to me.

If the above person is unwilling, unable, or not reasonably available to make these decisions on my behalf, I want

_____ Phone _____ Address _____
Alternate Surrogate's Name

to be my alternate Health Care Surrogate.

I understand that, unless I note in the "limitations" space provided below, my Health Care Surrogate will be able to:

- Give, or refuse informed consent for my medical care
- Make end of life decisions for me
- Apply for public benefits to help pay for the cost of my care
- Give permission for me to be admitted to or transferred from a health care facility
- Obtain all health information – past, present and future – needed to make health care decisions for me and to apply for public benefits to pay for the cost of my care
- Give permission for the release of health information to provide for my health care
- Make a donation of all or part of my body after my death for transplantation therapy, research or education

Limitations: _____

I understand that my Health Care Surrogate **cannot** consent to any of the following for me unless I allow him/her to do so by placing my initials in the space provided.

- _____ Abortion
- _____ Sterilization
- _____ Refusal of life-prolonging procedures if I am pregnant with a fetus that cannot survive outside the womb.
- _____ Experimental treatments that have not been approved as research under federal law.

I understand that my Health Care Surrogate **cannot** admit me to a psychiatric facility, or consent to psychiatric treatment or procedures for me, without the permission of a court.

I am competent and I understand the importance of this Designation, and sign it in the presence of my two witnesses.

Signature _____	Date _____
Witness _____ <small style="margin-left: 100px;">Print Name</small>	Witness _____ <small style="margin-left: 100px;">Print Name</small>
_____ <small style="margin-left: 100px;">Signature</small>	_____ <small style="margin-left: 100px;">Signature</small>
Address _____	Address _____
Phone _____	Phone _____

Please Note: Only one of the witnesses can be your husband, wife or blood relative. Your surrogate(s) cannot be a witness.



Patient Name:	Patient Identification #:
---------------	---------------------------

Nombramiento del Representante de Atención Médica

Yo, _____ deseo que _____
(Por favor, escríbalo en letra de molde) *(Nombre de la persona designada)*

Teléfono _____ Dirección _____

sea mi Representante de Atención Médica y tome las decisiones médicas por mí como indican mis iniciales a continuación:

- _____ Vigente únicamente cuando mis médicos determinan que yo no soy capaz de decidir por mí mismo.
- _____ Vigente de manera inmediata, con la salvedad de que, cuando tenga la capacidad de tomar decisiones, mi voluntad regirá y mis proveedores de atención médica deberán comunicarme directamente todo plan de tratamiento y las decisiones relacionadas a mis cuidados médicos.

Si la persona mencionada no puede o no está dispuesta a tomar decisiones en mi nombre, **designo a la siguiente persona**

_____ Teléfono _____ Dirección _____
(Nombre del representante alternativo)

Para que sea mi Representante de Atención Médica alterno.

Entiendo que, salvo si indico otra cosa en el espacio "Limitaciones" que se incluye a continuación, mi Representante de Atención Médica podrá:

- Dar o denegar el consentimiento informado para mi atención médica
- Tomar decisiones sobre el final de mi vida
- Solicitar beneficios públicos para colaborar en el pago de los costes de mi atención médica
- Dar permiso para que me ingresen o me trasladen a un centro de atención médica
- Obtener todos mis datos médicos – previos, presentes, y futuros – necesarios para tomar las decisiones sobre mi atención médica y para solicitar beneficios públicos para pagar los costes de mis cuidados
- Dar permiso para divulgar mis datos médicos para concertar mi atención médica
- Después de la muerte, donar todas o partes de mi cuerpo para terapias de trasplantes, estudios o docencia

Limitaciones: _____

Entiendo que mi Representante de Atención Médica **no puede** dar mi consentimiento para que me realicen ninguno de los procedimientos siguientes; salvo que yo dé mi permiso escribiendo mis iniciales al lado del procedimiento que acepto.

- _____ Aborto
- _____ Esterilización
- _____ Rechazo de procedimientos que prolonguen mi vida si estuviese embarazada de un feto que no pueda sobrevivir fuera de mi vientre.
- _____ Tratamientos experimentales que no estén aprobados como "estudios" por las leyes federales.

Entiendo que mi Representante de Atención Médica no puede ingresarme en un centro psiquiátrico, ni dar su consentimiento para un tratamiento psiquiátrico u otros procedimientos psiquiátricos, sin el permiso de un tribunal.

Yo, en pleno uso de mis facultades, entiendo y acepto la importancia de este nombramiento, y lo firmo en presencia de dos testigos.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Testigo _____
(Por favor, escríbalo en letra de molde) *(Por favor, escríbalo en letra de molde)*

(Firma) *(Firma)*

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Atención: Sólo uno de los testigos puede ser su cónyuge o pariente consanguíneo. Su representante no puede ser testigo.



Patient Name: _____ Patient Identification #: _____