

## Director Anticipado

### DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO PARA QUE TOMA DECISIONES ACERCA DEL CUIDADO MÉDICO

Nombre: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre de Pila) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alterno a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre de Pila) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico. Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigos: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.**