MIAMI BONE & JOINT INSTITUTE

Número de Cuenta del Paciente #_____

PLAN PARA CUIDADO AVANZADO

Nombre del Paciente: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección del Paciente: _____

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal

Tiene un Poder Legal Medico perdurable? **Si / No**

Nombre de Él o Ella: _____ Nombre alterno: _____
Número (s) de contacto:_____ Número(s) de contacto:_____
_____ _____

Mis peticiones: **(Ponga sus iniciales en el círculo que mejor describa sus deseos)**

- ○ En la eventualidad de un repentino o significativo deterioro en mi salud, solicito ser transferido a un hospital para evaluación y tratamiento.
- ○ Quisiera que todas las decisiones acerca de mi tratamiento médico sean hechas por mis doctores y por las personas aquí enlistadas. Solicito que mis deseos sean considerados así como están delineados en este Plan de Cuidado Avanzado.
- ○ Lo rehúso

Declaración hecha por persona competente:

Pido que cuando sea posible mi sustituto en tomar decisiones incluya a las siguientes personas en la discusión y decisión de mi cuidado de salud:

1. _____ 2. _____
_____ _____
_____ _____

Yo, _____ Nombre del Testigo: _____
declaro que la información aquí escrita es un registro verdadero de mis deseos en esta fecha. Firma del Testigo: _____

Firma: _____ Parentesco: _____
Fecha: _____ Fecha:_____