



HEALTHCARE REPRESENTATIVE DECLARATION
DECLARACIÓN DEL/DE LA REPRESENTANTE PARA ATENCIÓN MÉDICA

Si la etiqueta no está disponible, rellene los espacios en blanco a continuación:
NOMBRE:
FDN:
MRN:

Yo, _____ tengo la autoridad
(Nombre del/de la representante para la atención médica)
para servir del/de la representante para la atención médica de _____
(nombre del/de la paciente)
fecha de nacimiento, ____/____/____, con quien tengo/tenemos la relación siguiente:
mes día año

- ___ Esposo/a (y no hay hijo adultos con una persona además del esposo/de la esposa)
___ Esposo/a e hijo(s) adulto(s) de la persona además del esposo/de la esposa
___ Hijo(s) adulto(s)
___ Padre/Madre o los dos
___ Hermano(s) adulto(s)
___ Nieto(s) adulto(s)
___ Otro _____

Certifico/Certificamos que no hay personas en una clase más alta (como se nombra arriba) que están disponibles y dispuestas a servir de representantes de atención médica.

Certifico/Certificamos que no hay otros miembros de la misma clase o que ningún otro miembro de la misma clase desea actuar de representantes de atención médica.

Si más de una persona actúa de representante de atención médica:

Certifico/Certificamos que no hay otras personas (como se nombra arriba) que sean disponibles y dispuestas a servir de representante de atención médica.

Nosotros, _____ y
(Nombre del/de la representante para la atención médica)

_____ certificamos que los dos
(Nombre del/de la representante para la atención médica)

entendemos que las decisiones de atención médica pueden ser tomadas por una mayoría simple de los representantes de atención médica y que si los representantes de atención médica están igualmente divididos en una decisión, entonces el proveedor/la proveedora de atención médica esperará hasta que la mayoría esté de acuerdo con una decisión. Por la presente, declaro/declaramos que los hechos expuestos son verdaderos y correctos según mi/nuestro leal saber y entender, información y creencia. Yo/nosotros entendemos que las declaraciones hechas aquí están sujetas a las sanciones de 18 Pa.C.S. § 4904 (referente a la falsificación no jurada ante las autoridades).

Firma del/de la representante de la atención médica Fecha

Firma del 2º representante/de la 2ª representante de la atención médica Fecha

Firma testigo Fecha