

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL MENOR

Nosotros, _____, los [marque una opción] [] tutores naturales según se define en la sección 744.301(1) de los Estatutos de Florida; [] custodios legales; [] tutores legales de los siguientes menores: _____ (nombre), según la sección 765.2035 de los Estatutos de Florida, designamos a la siguiente persona para que actúe como representante autorizado para tomar decisiones sobre la atención médica de dichos menores si no nos fuera posible o no estuviéramos disponibles de manera razonable para dar consentimiento para la atención y el tratamiento médicos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

En caso de que al representante autorizado para tomar decisiones sobre la atención médica del menor no le fuera posible o no esté disponible de manera razonable para ejercer sus funciones, nosotros podemos designar a la persona abajo como el representante autorizado alterno para tomar decisiones sobre la atención médica del menor:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Autorizamos a todos los proveedores de servicios médicos en UHealth y les pedimos que sigan las instrucciones del representante autorizado o del representante autorizado alterno, según sea el caso, sobre la atención o el tratamiento médicos para los menores mencionados arriba.

Entendemos perfectamente que esta designación permitirá que el apoderado tome decisiones sobre la atención médica del menor y dé, niegue o retire el consentimiento en nuestro nombre.

Entendemos que este formulario es válido solo para una visita en la clínica, en el momento en que se presenta el formulario, y que para cualquier otra visita es necesario completar un formulario nuevo.

Informaremos y enviaremos una copia de este documento a las siguientes personas, además del representante autorizado, para que tengan conocimiento de la identidad del representante autorizado:

Nombre: _____

Firma: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Testigos:

(Son necesarias las firmas de dos testigos. Un representante autorizado designado no puede actuar como testigo).

1. Nombre: _____

Firma: _____

2. Nombre: _____

Firma: _____

To receive a copy of your health information visit the electronic patient portal at <https://myuhealthchart.com/mychart/> or Health Information website at <https://umiamihealth.org/patients-visitors/medical-records>. Health Information Management can be contacted at 305-243-5272 for release of information requests.



Designation of Health Care Surrogate for Minor (Spanish)

Patient Identification Sticker



Form W3100003S
Revised 08/09/23