

**DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE UN MENOR DE EDAD**

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, el [marque uno] [ ] tutor(es) natura(les) según lo establecido en las Leyes de Florida; artículo § 744.301(1); [ ] curador(es) legal(es); [ ] tutor(es) legal(es) del(de los) siguiente(s) menor(es) de edad: \_\_\_\_\_ (nombre), conforme a las Leyes de Florida, artículo § 765.2035, designo/designamos a la siguiente persona para que me/nos represente en la toma de decisiones sobre la atención médica para dicho(s) menor(es) en caso de que no pueda/podamos o no tenga/tengamos una disponibilidad razonable para autorizar la atención y el tratamiento médico.

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: (dirección) \_\_\_\_\_

Código postal: (código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono: (teléfono) \_\_\_\_\_

Si el representante que nombre/nombres para la atención médica de un menor de edad no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para desempeñar sus funciones, puedo/podemos nombrar a la siguiente persona como mi/nuestro representante alterno para la atención médica de un menor de edad.

Nombres: (nombre) \_\_\_\_\_

Dirección: (dirección) \_\_\_\_\_

Código postal: (código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono: (teléfono) \_\_\_\_\_

Autorizo/autorizamos y solicito/solicitamos a todos los proveedores de servicios médico de UHealth Clinics en Walgreens que sigan las instrucciones de mi/nuestro representante o representante alterno, según sea el caso, en lo relacionado con la atención o el tratamiento médico del menor anteriormente nombrado.

Entiendo/entendemos plenamente que este nombramiento permitirá que mi/nuestro representante tome decisiones relacionadas con la atención médica de un menor de edad, así como otorgue, ratifique o retire la autorización en mi/nuestro nombre.

Notificaré/notificaremos y enviaré/enviaremos una copia del presente documento a las siguientes personas además de a mi/nuestro representante, para que conozcan así la identidad de mi/nuestro representante:

Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

Testigos:

*(Se requiere la firma de dos testigos. Un representante designado no puede fungir de testigo).*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Todos los expedientes médicos originales son propiedad del hospital y las clínicas de la Universidad de Miami. Las copias de este formulario deben destruirse cuando se cumpla su uso temporal. Para obtener información adicional o una copia de su información de salud visite el portal electrónico del paciente en <https://myuhealthchart.com/mychart> o el sitio web de información sobre la salud en <http://uhealthsystem.com/billing/medical-records>. Puede comunicarse con Integridad de la Información sobre la Salud por el 305-243-5272 para solicitar la divulgación de información.



Designación de un representante para la atención médica de un menor de edad



Formulario W3100003E  
Modificado el 18 jul 2019