NOMBRAMIENTO DE UN SUSTITUTO

(TENNESSEE)

Yo, _____ tomé la decisión de nombrar a
Médico designado

_____ como sustituto responsable de
Nombre del sustituto

_____.
Nombre del paciente

Teléfonos del sustituto responsable: Casa: _____

Trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Razones del nombramiento (marque todas las que correspondan):

___ Conoce los deseos del paciente
___ Sabe lo que más le conviene al paciente
___ Tiene contacto periódico con el paciente
___ Está disponible y dispuesto a ser el sustituto
___ Muestra interés y preocupación
___ Visita al paciente periódicamente durante la enfermedad
___ Tiene contacto personal con la persona que atiende al paciente
___ Participa en la toma de decisiones

_____ _____

Firma del médico **Fecha/hora**

Si el médico designado va a actuar como sustituto responsable, debe obtenerse una de las firmas siguientes:

_____ **o bien,** _____

Representante del comité de ética **Fecha** **Segundo médico concurrente** **Fecha**

¿Hay alguien que no esté de acuerdo? Sí ____ No ____
Si la respuesta es sí, explicar _____

_____

_____

_____

ACEPTACIÓN DE LA SELECCIÓN DEL SUSTITUTO

Acepto el nombramiento de sustituto responsable de _____
Paciente
y entiendo que tengo la autoridad de tomar todas las decisiones médicas.

_____ _____

Firma del sustituto **Fecha/hora**

Aprobado por el Tennessee Department of Health, Board for Licensing Health Care Facilities (Consejo de Licencias de Establecimientos de Atención Médica del Departamento de Salud de Tennessee), 3 de mayo de 2005.