

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA
(Tennessee)

Yo, _____, otorgo a mi representante, cuyo nombre aparece a continuación, permiso para tomar las decisiones de atención médica en mi nombre si no puedo tomar dichas decisiones yo mismo, incluida toda decisión de atención médica que yo hubiera podido tomar por mi mismo si tuviera la capacidad de hacerlo. Si mi representante no está disponible, no tiene la capacidad o no está dispuesto a hacerlo, el representante alternativo, cuyo nombre aparece a continuación, tomará su lugar.

Representante:

Representante alternativo:

Nombre

Nombre

Domicilio

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Ciudad Estado Código postal

(_____) _____
Código de área Número de teléfono en casa

(_____) _____
Código de área Número de teléfono en casa

(_____) _____
Código de área Número de teléfono en el trabajo

(_____) _____
Código de área Número de teléfono en el trabajo

(_____) _____
Código de área Número de teléfono celular

(_____) _____
Código de área Número de teléfono celular

Nombre del paciente (escribir en letra impresa o en máquina) Fecha

Firma del paciente (debe tener al menos 18 años de edad o ser un menor emancipado)

Para que este documento tenga validez legal, debe llenar y firmar apropiadamente **ya sea** el cuadro A o el cuadro B.

Cuadro A Testigos (se requieren 2 testigos)

1. Soy un adulto competente y no soy la persona nombrada anteriormente. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 1

2. Soy un adulto competente y no soy la persona nombrada anteriormente. No tengo parentesco consanguíneo con el paciente, ni por matrimonio ni por adopción, ni tengo derecho a parte alguna de la herencia del paciente a su fallecimiento de acuerdo con algún testamento o codicilo testamentario existente o por disposición legal. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 2

Cuadro B Certificación por notario

ESTADO DE TENNESSEE
CONDADO DE _____

Soy un Notario Público en y para el estado y condado mencionado anteriormente. Me consta que la persona que firmó este documento y a quien conozco personalmente (o quien acreditó su identidad presentándome pruebas satisfactorias) es la persona cuyo nombre aparece anteriormente como el "paciente". El paciente compareció personalmente ante mí y firmó en la sección anterior, o reconoció que la firma anterior es la suya propia. Declaro, bajo pena de perjurio, que el paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de intimidación, fraude o influencia indebida.

Mi cargo vence: _____

Firma del Notario Público