

## IDENTIFICACIÓN DEL SUPLENTE POR PARTE DEL PROVEEDOR

(Tennessee)

Yo, \_\_\_\_\_ he identificado \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del médico asignado Nombre en letra de imprenta del suplente

como suplente para tomar decisiones en nombre de \_\_\_\_\_, basado en los  
criterios que aparecen a continuación. Nombre del/de la paciente en letra de molde:

### Identificación e información de contacto del suplente:

Parentesco con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### Los criterios tomados en cuenta para la identificación del suplente (marque todos los que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> muestra especial preocupación y cuidado por el/la paciente                           | <input type="checkbox"/> mantiene o mantuvo contacto regular con el/la paciente antes o durante la enfermedad |
| <input type="checkbox"/> está familiarizado(a) con los valores/deseos del/de la paciente                      | <input type="checkbox"/> puede visitar al/a la paciente durante su enfermedad                                 |
| <input type="checkbox"/> está disponible en la medida de lo posible   | <input type="checkbox"/> está disponible para mantener contacto en persona con los proveedores                |
| <input type="checkbox"/> está dispuesto(a) a servir   | <input type="checkbox"/> puede participar en el proceso de toma de decisiones                                 |
| <input type="checkbox"/> puede actuar de conformidad con los deseos expresos/los intereses del/de la paciente |   |

\_\_\_\_\_  
Firma del médico\*

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

\* Si es firmado por otro proveedor que no sea el médico, marque una de las siguientes opciones:

- El/la paciente no tiene un médico asignado  
 El médico asignado del/de la paciente no está disponible.

¿Hay alguna persona que no esté de acuerdo?  Sí  No. Si la respuesta es sí, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

**Aceptación por parte del suplente:** Estoy de acuerdo en servir como suplente en la toma de decisiones a nombre del/de la paciente nombrado(a) anteriormente y soy capaz y estoy dispuesto a tomar decisiones médicas en nombre del/de la mismo(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del suplente\*

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

**De no poderse identificar un suplente,** el médico asignado podrá tomar decisiones respecto a la atención médica en nombre del/de la paciente luego de obtener una de las siguientes firmas:

Certifico que el médico asignado ha consultado y obtenido las recomendaciones del organismo de ética de la institución:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de ética de la institución  
Fecha/hora: \_\_\_\_\_

Soy un médico que no está directamente involucrado en la atención médica del/de la paciente; no actúo en capacidad de responsable de tomar decisiones, influenciar, o de responsable sobre el médico asignado; no estoy sujeto a la toma de decisiones, influencia o responsabilidad del médico asignado; y estoy de acuerdo con el plan de atención médica de este/esta paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del segundo médico  
Fecha/hora: \_\_\_\_\_