

# Directiva anticipada de planificación de vida

## El derecho del paciente a decidir



### Directivas anticipadas y formularios

#### ¿Qué es un testamento en vida?

Un testamento en vida es un documento legal que describe los tratamientos médicos que usted desea o no que se utilicen para mantenerle con vida. Este documento puede abordar muchas decisiones y preferencias sobre el final de la vida que pueden incluir:

- Ventilación mecánica: Considere si, cuándo y durante cuánto tiempo desea que lo conecten a un ventilador mecánico para respirar.
- Alimentación por sonda: Decida si desea que le coloquen una sonda en el estómago para alimentarse en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo.
- Diálisis: Considere si desea un tratamiento para eliminar los residuos de su sangre y controlar los niveles de líquidos si sus riñones dejan de funcionar.
- Cuidados paliativos: Decida las medidas que querrá que se tomen para controlar el dolor, abordar la hidratación y permanecer cómodo en casa.

#### Donación anatómica

Una directiva de donación anatómica es un documento que indica su deseo de donar, al momento de su fallecimiento, todo o parte de su cuerpo. Puede ser una donación de órganos y tejidos a personas necesitadas, o la donación de su cuerpo para la formación de trabajadores de la salud. Puede indicar su elección de ser donador de órganos designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal (en la oficina de licencias de conducir más cercana), firmando un formulario de donante uniforme o expresando su deseo en un testamento en vida.

#### Orden de no reanimación (DNRO):

Una orden de no reanimación es un documento que informará al personal médico que usted no desea que se le practiquen maniobras de reanimación cardio pulmonar (RCP) u otras medidas de soporte vital en caso de que deje de respirar o su corazón deje de latir. El personal médico puede incluir al personal de emergencia (911), el equipo médico de una persona y/o el personal de un hospital o centro de enfermería.

Este formulario debe ser completado tanto por la persona competente como por su sustituto para decisiones médicas o apoderado de atención médica y su médico. Este formulario debe estar a disposición de todo el personal médico en caso de que no pueda proporcionarlo. Debe mantenerse en un lugar visible, de fácil acceso y disponible en caso de emergencia. Se le recomienda mantener este documento en la puerta del refrigerador, donde el personal médico de emergencia lo buscará, al igual que una copia con sus médicos.

Este formulario puede revocarse en cualquier momento de forma oral o por escrito. Puede revocarse por destrucción física, falta de presentación o expresión oral de la intención contraria por su parte o de su representante de atención médica.

En el estado de Florida, este formulario debe estar impreso en **papel color amarillo**.

#### Designación de sustituto para decisiones médicas

Un documento de designación de representante de atención médica nombra a una persona como su representante para tomar decisiones médicas por usted si no puede hacerlo sí mismo. En Florida, también se conoce como poder legal de atención médica. Considere nombrar a alguien en quien confíe y que seguirá las directivas de su testamento en vida para representarlo si no puede hacerlo por sí mismo. También puede designar a un sustituto alternativo.

## **Preguntas frecuentes**

### **¿Estoy obligado a tener una directiva anticipada de conformidad con la ley de Florida?**

No, no hay un requisito legal para completar una directiva anticipada. Sin embargo, si no ha elaborado una directiva anticipada, las decisiones sobre su atención médica o una donación anatómica pueden ser tomadas por un tutor designado por la corte, su cónyuge o pareja doméstica, su hijo adulto, sus padres, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano.

La persona que tome decisiones por usted puede o no estar al tanto de sus deseos. Cuando elabora una directiva anticipada y la discute con las personas significativas en su vida, tendrá más garantías de que sus deseos se cumplirán como usted desea.

### **¿Debe un abogado preparar la directiva anticipada?**

No, los procedimientos son simples y no requieren de un abogado, aunque puede optar por consultar uno. Un testamento en vida y un sustituto para decisiones médicas requieren 2 firmas de testigos para ser válidos. Al menos uno de los testigos no puede ser cónyuge o pariente consanguíneo, de acuerdo con el estatuto XLIV 765.302 de Florida.

### **¿Dónde puedo encontrar formularios de directivas anticipadas?**

La ley de Florida proporciona un ejemplo de cada uno de los siguientes formularios: un testamento en vida, un sustituto para decisiones médicas, DNRO y donación anatómica. Hemos incluido formularios de muestra, así como recursos donde podrá encontrar más información y otros tipos de formularios de directivas anticipadas.

### **¿Puedo cambiar de opinión después de escribir una directiva anticipada?**

Sí, puede cambiar o cancelar una directiva anticipada en cualquier momento. Cualquier cambio debe ser escrito, firmado y fechado. Sin embargo, también puede cambiar una directiva anticipada mediante declaración oral, destrucción física de la directiva anticipada o escribiendo una nueva.

Si su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal indica que es donante de órganos, pero ya no desea esta designación, comuníquese con la oficina de licencias de conducir más cercana para cancelar la designación de donante y se le emitirá una nueva licencia o tarjeta.

### **¿Qué ocurre si he llenado una directiva anticipada en otro estado y necesito un tratamiento en Florida?**

Una directiva anticipada completada en otro estado, de conformidad con lo descrito en la ley de ese estado, puede ser honrada en Florida.

### **¿Qué debo hacer con mi directiva anticipada si elijo tener una?**

- Si designa un sustituto para tomar decisiones médicas y un sustituto alternativo, asegúrese de preguntarles si aceptan esta responsabilidad, discuta cómo le gustaría que se manejen los asuntos y deles una copia del documento.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica, abogado y personas significativas en su vida sepan que tiene una directiva anticipada y dónde se encuentra. También puede entregarles una copia.

- Cree un archivo donde pueda guardar una copia de su directiva anticipada (y otros documentos importantes). Algunas personas guardan los documentos originales en una caja de seguridad bancaria. Si lo hace, también puede guardar copias en su casa o información sobre la ubicación de su caja de seguridad.
- Lleva consigo una tarjeta o nota en su bolso o cartera que indique que tiene una directiva anticipada y dónde se encuentra.
- Si cambias su directiva anticipada, asegúrese de que su proveedor de atención médica, abogado y personas significativas en su vida tengan la copia más reciente.
- Si tiene una orden de no reanimación, asegúrese de que su acceso sea fácil y esté a la vista, en caso de que alguien llame al 911.

Si tiene preguntas sobre sus directivas anticipadas, puede discutir las con su proveedor de atención médica, abogado o personas significativas en su vida. No dude en comunicarse con un representante de UHP si tiene más preguntas sobre las actividades de planificación de vida llamando al 1-866-967-3430. (TTY 711).

### **Recursos adicionales sobre directivas anticipadas**

#### **Departamento de salud de Florida**

Encontrará más información en el sitio web del departamento de salud de Florida, [www.doh.state.fl.us](http://www.doh.state.fl.us) o [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (escriba DNRO en el buscador de su sitio web) o llame al (850) 245-4440.

Advance

#### **Aging with Dignity**

[www.AgingWithDignity.org](http://www.AgingWithDignity.org)

(888) 594-7437

“Five Wishes” proporcionado por Aging with Dignity le brinda la oportunidad de adquirir directivas anticipadas.

#### **Registro de donantes de tejidos**

Si desea obtener más información sobre la donación de órganos y tejidos, visite el registro de donantes de tejidos y órganos Joshua Abbott en [www.DonateLifeFlorida.org](http://www.DonateLifeFlorida.org) donde puede convertirse en donante de órganos, tejidos y ojos en línea. Si tiene más preguntas sobre la donación de órganos y tejidos, puede hablar con su proveedor de atención médica.

#### **Asociación de Personas Retiradas de los Estados Unidos (AARP, por sus siglas en inglés)**

[www.aarp.org](http://www.aarp.org)

Puede encontrar más información sobre las directivas anticipadas escribiendo “directivas anticipadas” en el buscador de su sitio web.

#### **Formularios de directivas anticipadas:**

Testamento en vida

Donación anatómica

Orden de no reanimación (DNRO, por sus siglas en inglés)

Designación de sustituto para decisiones médicas

## Testamento en vida

Declaración hecha el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, (20\_\_\_\_), yo, \_\_\_\_\_, de forma intencional y voluntaria, hago saber mi deseo de que no se prolongue artificialmente mi fallecimiento según las circunstancias que se exponen abajo y, por este medio, declaro que, si en cualquier momento quedara incapacitado mental o físicamente y

\_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición terminal o

\_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición en etapa final o

\_\_\_\_\_ (iniciales) estoy en estado vegetativo persistente y si el médico que me está atendiendo o tratando y otro médico especialista han determinado que no existe probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha condición, ordeno que no se usen o que se retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de fallecimiento, y que se me permita morir de forma natural solo con la administración de medicamentos o con procedimientos médicos que se consideren necesarios para darme comodidad o para aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal de rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se determine que no puedo dar un consentimiento expreso e informado para retener, retirar o continuar los procedimientos para prolongar la vida, quiero designar como mi representante para cumplir las disposiciones de esta declaración a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo completamente la importancia de esta declaración y tengo la capacidad emocional y mental para hacer esta declaración.

Más instrucciones (opcional):

---

---

---

(Firma) \_\_\_\_\_

### Firmas de los testigos:

Testigo: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Al menos uno de los testigos no debe ser el cónyuge ni un familiar consanguíneo del mandante.*

## **Definiciones de términos presentes en el formulario de Testamento en vida:**

“Condición en etapa final” hace referencia a una condición no reversible causada por una lesión o enfermedad que ha causado un deterioro permanente y progresivamente más grave y que, con un grado razonable de probabilidad médica, el tratamiento de la condición no sería eficaz.

“Estado vegetativo persistente” hace referencia a una condición permanente e irreversible de inconciencia y en la que hay: ausencia de acciones voluntarias o comportamientos cognitivos de ningún tipo ni la capacidad de comunicarse o interactuar deliberadamente con el entorno.

“Condición terminal” hace referencia a una condición causada por una lesión o enfermedad de la que no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, se espera que cause la muerte.

Estas definiciones se extrajeron de la sección 765.101 de los Estatutos de Florida. Puede acceder a los Estatutos en su biblioteca local o en línea en [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us).

## Formulario uniforme de donante

Por este medio, el que suscribe hace una donación anatómica, si es medicamente aceptable, que entrará en vigor en el momento del fallecimiento. Las palabras y las marcas de abajo indican mis deseos:

Donaré:

(a) \_\_\_\_\_ los órganos o partes que sean necesarias;

(b) \_\_\_\_\_ solo estos órganos o partes de órganos para trasplante, terapia, investigación médica o educación:

---

---

---

(c) \_\_\_\_\_ mi cuerpo para estudios anatómicos, si es necesario. Limitaciones o deseos especiales, de haberlos:

---

---

---

Firmado por el donante y estos testigos, en presencia mutua:

Firma del donante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del donante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Puede usar este formulario para decir su voluntad de ser donante de órganos. O bien, puede especificarlo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal (en la oficina de licencias de conducir más cercana).



# Estado de Florida ORDEN DE NO RESUCITAR (por favor, use tinta)

Este lado del formulario está destinado únicamente a la traducción. Los proveedores de Servicios Médicos de Emergencia y el personal médico sólo deben acatar la versión en inglés del presente formulario. "División de Operaciones Médicas de Emergencia, Oficina de Traumatología"

Nombre legal completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Escriba el nombre con letra de imprenta o dígitelo)

## DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Sobre la base del consentimiento informado, yo, quien suscribe, por medio de la presente ordeno que no se me proporcione RCP.

**(Si este documento no está firmado por el paciente, marque la casilla pertinente):**

- Responsable del sujeto  Apoderado (ambos, según se definen en el Capítulo 765 de los Estatutos de Florida)
- Tutor designado por el tribunal  Poder de duración indeterminada para fines de atención médica (de acuerdo con el Capítulo 709 de los Estatutos de Florida)

(Firma correspondiente)

(Escriba el nombre con letra de imprenta o dígitelo)

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Yo, quien suscribe, un médico licenciado de acuerdo con el Capítulo 458 ó 459 de los Estatutos de Florida, soy el médico del paciente anteriormente mencionado. Por medio de la presente, ordeno que no se proporcione resucitación cardiopulmonar (ventilación artificial, compresión torácica, intubación endotraqueal y desfibrilación) al paciente en caso de que éste sufra un paro cardíaco o respiratorio.

( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

(Firma del médico)

(Fecha)

Número telefónico (Emergencia)

(Escriba el nombre con letra de imprenta o dígitelo) FORMULARIO

(Número de licencia médica)

1896 DEL DEP. DE SALUD, revisado en diciembre de 2004

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Yo, quien suscribe, un médico licenciado de acuerdo con el Capítulo 458 ó 459 de los Estatutos de Florida, soy el médico del paciente anteriormente mencionado. Por medio de la presente, ordeno que no se proporcione resucitación cardiopulmonar (ventilación artificial, compresión torácica, intubación endotraqueal y desfibrilación) al paciente en caso de que éste sufra un paro cardíaco o respiratorio.

( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

(Firma del médico)

(Fecha)

Número telefónico (Emergencia)

(Escriba el nombre con letra de imprenta o dígitelo)

(Número de licencia médica)

FORMULARIO 1896 DEL DEP. DE SALUD, revisado en diciembre de 2004



## Estado de Florida ORDEN DE NO RESUCITAR

Nombre legal completo del paciente \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de imprenta o dígitelo)

### DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Sobre la base del consentimiento informado, yo, quien suscribe, por medio de la presente ordeno que no se me proporcione RCP. **(Si este documento no está firmado por el paciente, marque la casilla pertinente):**

- Responsable del sujeto
- Apoderado (ambos, según se definen en el Capítulo 765 de los Estatutos de Florida)
- Tutor designado por el tribunal
- Poder de duración indeterminada para fines de atención médica (de acuerdo con el Capítulo 709 de los Estatutos de Florida)

(Firma correspondiente)

(Escriba el nombre con letra de imprenta o dígitelo)



# Eta Laflorid LÒD PA RESISITE (tanpri itilize lank)

Kote fòm sa a se pou tradiksyon sèlman. Founisè Sèvis Medikal Dijans ak fonksyonè medikal dwe onore vèzyon Anglè fòm sa a. Divizyon Pou Operasyon Medikal Dijans, Biwo Twoma

Non Legal Konplè pasyan an: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_

(Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)

## DEKLARASYON PASYAN AN

Baze sou konsantman enfòmè an, mwen, ki siyen la, ak prezant sa a deklare pou yo pa fè CPR sou mwen ditou.

**(Si pasyan an pat siyen limenm, tcheke kazye ki apwopriye an):**

- Repezantan Swen Sante  Pwokirè (tou de jan li dekrè nan Chapit 765, F.S.)
- Gadyen Tribinal la Chwazi  Responsablite Pwokirasyon Dirab (dapre Chapit 709, F.S.)

(Siyati ki Aplikab)

(Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)

## DEKLARASYON DOKTÈ AN

Mwen, ki siyen la a, yon doktè sètifye dapre Chapit 458 oswa 459, F.S., mwen doktè pasyan an ki nonmen anwo la. Mwen dirije pou yo kenbe ak elimine resisitasyon kadyopilmonè (vantilasyon atifisyèl, konpresyon kadyak, endotrakyal entibasyon akdefibrilasyon) pou pasyan an Sizoka pasyan an ta gen yon epizòd arèdkè oswa respiratwa.

( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

(Siyati Doktè an)

(Dat)

Nimewo Telefòn (ljans)

(Ekri an Non an Majiskil)

(Nimewo Lisans Medikal Doktè an)

Fòm 1896 DH, Revize Desann 2004

## DEKLARASYON DOKTÈ AN

Mwen, ki siyen la a, yon doktè sètifye dapre Chapit 458 oswa 459, F.S., mwen doktè pasyan an ki nonmen anwo la. Mwen dirije pou yo kenbe ak elimine resisitasyon kadyopilmonè (vantilasyon atifisyèl, konpresyon kadyak, endotrakyal entibasyon akdefibrilasyon) pou pasyan an sizoka pasyan an ta gen yon epizòd arèdkè oswa respiratwa.

( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

(Siyati Doktè an)

(Dat)

Nimewo Telefòn (ljans)

F.S.) (Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)(Nimewo Lisans Medikal Doktè an)

Fòm 1896 DH, Revize Desann2004



## Eta Laflorid LÒD PA RESISITE

Non Legal Konplè pasyan an (Ekri an Majiskil oswa Tape) \_\_\_\_\_ (Dat) \_\_\_\_\_

### DEKLARASYON PASYAN AN

Baze sou enfòmasyon konsanti, mwen, ki siyen la, ak prezant sa a dirije pou yo pa fè CPR oswa elimine. **(Si pasyan an pat siyen limenm, tcheke kazye ki apwopriye an):**

- Repezantan Swen Sante
- Pwokirè (tou de fason ki dekrè nan Chapit 765, F.S.)
- Gadyen Tribinal la Chwazi
- Responsablite Pwokirasyon Dirab (dapre Chapit 709,

(Siyati ki Aplikab)

(Ekri an Majiskil oswa Tape Non an)

## Documento de designación de representante de atención médica

Yo, \_\_\_\_\_ designo como mi representante de atención médica según la Sección 765.202, Estatutos de Florida, a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si mi representante de atención médica no está dispuesto a cumplir sus obligaciones o no puede hacerlo razonablemente, quiero designar como mi representante alternativo a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi representante de atención médica a: (Las iniciales son obligatorias en los espacios en blanco abajo).

\_\_\_\_\_ Recibir cualquier información médica sobre mí, ya sea verbal o grabada de cualquier manera o por cualquier medio, que:

1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro de atención médica, plan médico, salud pública, empleador, aseguradora, escuela o universidad o centro de intercambio de información de atención médica; y
2. Se relacione con mi condición o salud mental o física pasada, presente o futura; el aprovisionamiento de atención médica para mí; o el pago pasado, presente o futuro por el aprovisionamiento de atención médica para mí.

Además, autorizo a mi representante de atención médica a:

\_\_\_\_\_ Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que tiene la autoridad de:

3. Dar consentimientos informados, rechazar o consentir o quitar consentimientos a cualquiera y a toda mi atención médica, incluyendo procedimientos que prolongan la vida.
4. Enviar una solicitud en mi nombre para beneficios privados, públicos, del gobierno o de veteranos para sufragar los costos de la atención médica.
5. El acceso razonablemente necesario a mi información médica del representante de atención médica para tomar decisiones que involucran mi atención médica y enviar una solicitud de beneficios para mí.
6. Decidir si hace una donación anatómica según la parte V del Capítulo 765, Estatutos de Florida.

Instrucciones y restricciones específicas:

---

---

---



Mientras conserve mi capacidad de tomar decisiones, mis deseos prevalecen y mi médico y mis proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio al plan de tratamiento antes de implementarlo.

En la medida en que yo tenga la capacidad de entender, mi representante de atención médica debe mantenerme razonablemente informado de todas las decisiones que ha tomado en mi nombre y de los asuntos relacionados conmigo.

Esta designación de representante de atención médica no se ve afectada por mi incapacidad subsiguiente excepto según lo estipula el Capítulo 765, Estatutos de Florida.

Según la sección 765.104, Estatutos de Florida, entiendo que en cualquier momento puedo, mientras tenga la capacidad, revocar o modificar esta designación al:

1. Firmar un documento por escrito y fechado que exprese mis intenciones de modificar o revocar esta designación;
2. Destruir físicamente esta designación mediante mis propias acciones o las de otra persona en mi presencia y según mis instrucciones;
3. Expresar verbalmente mis intenciones de modificar o revocar esta designación; o
4. Firmar una nueva designación que sea significativamente diferente a esta designación.

La autoridad de mi representante de atención médica tendrá vigencia cuando mi médico primario determine que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que coloque mis iniciales en una o en ambas casillas:

Si coloco mis iniciales en esta casilla [\_\_\_\_\_], la autoridad de mi representante de atención médica para recibir mi información médica tiene vigencia inmediata.

Si coloco mis iniciales en esta casilla [\_\_\_\_\_], la autoridad de mi representante de atención médica de tomar decisiones de atención médica tiene vigencia inmediata. Según la sección 765.204(3), Estatutos de Florida, cualquier instrucción de decisiones de atención médica que tome, ya sea verbal o por escrito, mientras tenga la capacidad de hacerlo, debe sustituir cualquier instrucción o decisión de atención médica tomada por mi representante que esté en conflicto significativo con las mías.

**Firmas: Firme y coloque la fecha en el formulario, aquí:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firme con su nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado: \_\_\_\_\_

**Firmas de los testigos:**

**Primer testigo**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Segundo testigo**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

La tarjeta de abajo puede usarse como un método conveniente para informar a otras personas sobre sus directivas anticipadas. Complete la tarjeta y córtela. Guárdela en su cartera o billetera. También puede hacer copias y colocarlas en su refrigerador, en la guantera de su auto o en otro lugar fácil de encontrar.

### **Directivas anticipadas de atención médica**

Yo, \_\_\_\_\_,

he creado las siguientes directivas anticipadas:

\_\_\_ Testamento en vida

\_\_\_ Designación de representante de atención médica

\_\_\_ Donación anatómica

\_\_\_ Otra (especifique) \_\_\_\_\_

..... DOBLAR .....

#### **Comuníquese con:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Creado y distribuido por la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida (Florida Agency for Health Care Administration). Esta publicación se puede copiar para uso público. Para ver o imprimir otras publicaciones de la Agencia para la Administración de Atención Médica, visite [www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov).