

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DEL SUSTITUTO
(Tennessee)

I, _____ han identificado _____
Nombre de la impresión del médico señalado Nombre de la impresión del sustituto
como responsable sustituto para _____, de acuerdo con los criterios abajo.
Nombre de la impresión del paciente

Identidad e información de contacto sustitutas:

Relación al paciente: _____
Dirección: _____

Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____
Teléfono móvil: _____
Otro: _____

Los criterios consideraban en la identificación del sustituto (marque todos que se apliquen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cuidado especial y preocupación de los objetos expuestos por paciente | <input type="checkbox"/> contacto regular con antes de/durante del paciente enfermedad |
| <input type="checkbox"/> familiar con los valores personales/los deseos del paciente | <input type="checkbox"/> capaz de visitar al paciente durante enfermedad |
| <input type="checkbox"/> razonablemente disponible | <input type="checkbox"/> disponible para el contacto cara a cara con los proveedores |
| <input type="checkbox"/> el querer servir | <input type="checkbox"/> capaz de participar en el procedimiento de toma de decisión |
| <input type="checkbox"/> capaz de actuar de acuerdo con intereses sabidos de los deseos del paciente los mejores | |

La firma del médico

Fecha/hora

¿Individuos en el desacuerdo? Del sí no. Si sí, explique por favor: _____

Aceptación del sustituto: Acuerdo servir como responsable sustituto para el paciente nombrado arriba y la capaz y queriendo de tomar decisiones médicas en nombre el paciente.

La firma del sustituto

Fecha/hora

Si ningún sustituto puede ser identificado, el medico(_____) señalado puede tomar las decisiones de la atención sanitaria para el paciente después de obtener una de las firmas siguientes:

Certifico que el médico señalado ha consultado con y ha obtenido las recomendaciones del mecanismo de los éticas de la instalación:

Firma de los éticas de la instalación representativos
Fecha/hora: _____

Soy médico implicado no no directamente en el cuidado de paciente; No desempeño servicios en una capacidad de la toma de decisión, de la influencia, o de la responsabilidad sobre el médico señalado; No estoy bajo la toma de decisión, la influencia, o responsabilidad del médico señalado; y concurro en el plan del cuidado para este paciente.

Firma del segundo médico
Fecha/hora: _____