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):

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

_____ _____

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 médico 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: _____