

**HEALTH CARE SURROGATE
DESIGNATION**

I, _____ designate as my health care surrogate under s. 765.202,
Florida Statutes:

Surrogate Name: _____

Address: _____

Phone: _____

If my health care surrogate is not willing, able, or reasonably available to perform his or her duties, I designate as my alternate health care surrogate:

Alternate Surrogate Name: _____

Address: _____

Phone: _____

INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

I authorize my health care surrogate to:

(Initial here) Receive any of my health information, whether oral or recorded in any form or medium, that:

- 1. Is created or received by a health care provider, health care facility, health plan, public health authority, employer, life insurer, school or university, or health care clearinghouse; and
- 2. Relates to my past, present, or future physical or mental health or condition; the provision of health care to me; or the past, present, or future payment for the provision of health care to me.

I further authorize my health care surrogate to:

(Initial here) Make all health care decisions for me, which means he or she has the authority to:

- 1. Provide informed consent, refusal of consent, or withdrawal of consent to any and all of my health care, including life-prolonging procedures.
- 2. Apply on my behalf for private, public, government, or veterans' benefits to defray the cost of health care.
- 3. Access my health information reasonably necessary for the health care surrogate to make decisions involving my health care and to apply for benefits for me.
- 4. Decide to make an anatomical gift (organ, tissue, eye donation) pursuant to part V of chapter 765, Florida Statutes.

(Initial here) Specific instructions and restrictions:



**HEALTH CARE SURROGATE
DESIGNATION**

While I have decision making capacity, my wishes are controlling and my physicians and health care providers must clearly communicate to me the treatment plan or any change to the treatment plan prior to its implementation.

To the extent I am capable of understanding, my health care surrogate shall keep me reasonably informed of all decisions that he or she has made on my behalf and matters concerning me.

This health care surrogate designation is not affected by my subsequent incapacity except as provided in chapter 765, Florida statutes.

I understand that I may, at any time while I retain my capacity, revoke or amend this designation by:

- (1) Signing a written and dated instrument which expresses my intent to amend or revoke this designation;
- (2) Physically destroying this designation through my own action or by that of another person in my presence and under my direction;
- (3) Verbally expressing my intention to amend or revoke this designation; or
- (4) Signing a new designation that is materially different from this designation.

My health care surrogate's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I initial **either** or **both** of the following boxes:

(Initial here) My health care surrogate's authority to receive my health information takes effect immediately.

(Initial here) My health care surrogate's authority to make health care decisions for me takes effect immediately. Pursuant to section 765.204(3), Florida statutes, any instructions or health care decisions I make, either verbally or in writing, while I possess capacity shall supersede any instructions or health care decisions made by my surrogate that are in material conflict with those made by me.

SIGNATURE OF PATIENT:

Patients Name _____ (print your name)
Patients Signature _____ Date _____ Time _____

SIGNATURE OF WITNESS: (see statement below)

Witness Name _____ (print your name)
Witness Signature _____ Date _____ Time _____

SIGNATURE OF 2nd WITNESS: (see statement below)

Witness Name _____ (print your name)
Witness Signature _____ Date _____ Time _____

(Witnesses: At least one person who acts as a witness shall be neither the principal's spouse nor blood relative. The person designated as a surrogate shall not act as a witness.)

Exceptions to providing consent – Unless the principal (Patient) expressly delegates such authority to the surrogate in writing, or a surrogate or proxy has sought and received court approval pursuant to rule 5.900 of the Florida Probate Rules, a surrogate or proxy may not provide consent for:

- (1) Abortion, sterilization, electroshock therapy, psychosurgery, experimental treatments that have not been approved by a federally approved institutional review board, or voluntary admission to a mental health facility.
- (2) Withholding or withdrawing life-prolonging procedures from a pregnant patient prior to viability as defined in s. 390.0111(4).

**DESIGNACIÓN DE UN APODERADO
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, _____ designo como mi apoderado para la atención médica conforme a s. 765.202 de los Estatutos de Florida:

Nombre del apoderado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Si mi apoderado para la atención médica no está dispuesto, es incapaz o no está razonablemente disponible para realizar sus funciones, designo como mi apoderado alternativo para la atención médica a:

Nombre del apoderado alternativo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi apoderado para la atención médica a:

(Iniciales aquí) Recibir toda información sobre mi salud, ya sea oral o grabada en cualquier forma o medio, que:

1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro de salud, plan de salud, autoridad de salud pública, empleado, agente de seguros de vida, escuela o universidad, o cámara de compensación de atención médica; y
2. Se relaciona con mi salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro; la provisión de atención médica para mí o el pago pasado, presente o futuro de esa atención.

Además autorizo a mi apoderado para la atención médica a:

(Iniciales aquí) Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que tiene la autoridad para:

1. Proporcionar el consentimiento informado, rechazar el consentimiento o retirar el consentimiento para cualquiera o toda mi atención médica, incluyendo procedimientos que prolongan la vida.
2. Solicitar en mi nombre beneficios privados, públicos, gubernamentales o de veteranos para costear la atención médica.
3. Acceder a información de mi salud razonablemente necesaria para que el apoderado tome decisiones sobre mi atención médica y solicite los beneficios por mí.
4. Decidir una donación anatómica (órgano, tejido, ojos) conforme a la parte V del capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

(Iniciales aquí) Instrucciones y restricciones específicas:

**DESIGNACIÓN DE UN APODERADO
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Mientras tenga la capacidad de tomar decisiones, predominan mis deseos y mis médicos y proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de su implementación.

En la medida en que sea capaz de entender, mi apoderado para la atención médica me mantendrá razonablemente informado de todas las decisiones que ha tomado en mi nombre y los asuntos que me conciernen.

Esta designación de atención médica no está afectada por mi incapacidad posterior excepto como se estipula en el capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

Entiendo que puedo, en cualquier momento mientras mantengo mi capacidad, revocar o enmendar esta designación al:

- (1) Firmar un instrumento escrito y fechado que exprese mi intención de enmendar o revocar esta designación;
- (2) Destruir físicamente esta designación a través de mi propia acción o por otra persona en mi presencia y bajo mi dirección;
- (3) Expresar verbalmente mi intención de enmendar o revocar esta designación; o
- (4) Firmar una nueva designación que es considerablemente diferente de esta designación.

La autoridad de mi apoderado para la atención médica entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que no puedo tomar mis propias decisiones sobre atención médica a menos que ponga mis iniciales en **cualquiera** o **ambas** de las siguientes casillas:

(Iniciales aqui) La autoridad de mi apoderado para la atención médica para recibir información de mi salud entra en vigencia inmediatamente.

(Iniciales aqui) La autoridad de mi apoderado para la atención médica para tomar decisiones de atención médica por mí entra en vigencia inmediatamente. Conforme a la sección 765.204(3) de los Estatutos de Florida, cualquier instrucción o decisión de atención médica que haga, de manera verbal o **por** escrito, mientras tenga capacidad sustituirá cualquier instrucción o decisión de atención médica hecha por mi apoderado que entre en conflicto sustancial con las tomadas por mí.

FIRMA DEL PACIENTE:

Nombre del paciente _____ (escriba su nombre en letra de molde)

Firma del paciente _____ Fecha _____ Hora _____

FIRMA DEL TESTIGO: (vea la siguiente declaración)

Nombre del testigo _____ (escriba su nombre en letra de molde)

Firma del testigo _____ Fecha _____ Hora _____

FIRMA DEL 2.º TESTIGO: (vea la siguiente declaración)

Nombre del testigo _____ (escriba su nombre en letra de molde)

Firma del testigo _____ Fecha _____ Hora _____

(Testigos: Al menos una persona que actúe como testigo no será el cónyuge ni un pariente consanguíneo del mandante. La persona designada como apoderado no actuará como testigo).

Excepciones para dar consentimiento – A menos que el mandante (paciente) delegue expresamente dicha autoridad al apoderado por escrito, o un apoderado o representante haya solicitado y recibido la aprobación del tribunal conforme a la norma 5.900 de las Normas de Sucesión de Florida, e apoderado o representante no puede dar consentimiento para:

- (1) Aborto, esterilización, terapia electroconvulsiva, psicocirugía, tratamientos experimentales que no han sido aprobados por una junta de revisión institucional aprobada a nivel federal o admisión voluntaria a una institución de salud mental.
- (2) Suspensión o retiro de procedimientos que prolongan la vida a una paciente embarazada antes de la viabilidad como se define en s. 390.011(4).