



¿Usted sabe un adulto que ya no puede tomar decisiones médicas?

Si usted es su sustituto para el cuidado de la Salud, se puede decidir por ellos

El médico de la persona que necesita ayuda puede nombrarlo el **Sustituto de Atención Médica**. El Sustituto de Atención Médica solo toma decisiones sobre atención médica por la persona que necesita ayuda.



Si usted es el Sustituto de Atención Médica, ¿cómo decide qué atención debe aprobar para la persona? ¿La persona que necesita ayuda escribió qué tipo de atención médica quería? ¿O tiene un Plan Anticipado de Atención Médica? ¿O informó a alguien sobre qué tipo de atención médica quería? Entonces usted **debe hacer** lo que la persona que necesita ayuda quería.

¿Qué sucede si no hay nada por escrito?
¿Qué sucede si la persona no le dijo a nadie qué atención médica quería?
Entonces usted debe decidir qué es lo mejor para la persona.

Para ser un Sustituto de Atención Médica:

- El médico debe decir que la persona que necesita ayuda **no puede** tomar sus propias decisiones
- El médico debe estar seguro de que nadie más tiene derecho a tomar estas decisiones de salud
- El médico de la persona que necesita ayuda debe firmar un

documento nombrándolo a usted como Sustituto

- Usted debe firmar el documento aceptando ser el Sustituto

Usted no necesita un abogado o un juez para convertirse en un Sustituto. El documento de Sustituto debe estar en los expedientes médicos de la persona que necesita ayuda. El médico puede usar el documento **Asignación de Sustituto** adjunto a este manual.



¿Qué sucede si la persona que necesita ayuda tiene más de un médico o proveedor de atención médica? Cada médico debe poner una copia del documento en el expediente médico de la persona.

NOTA: Esta información no reemplaza al asesoramiento legal de un abogado. Cada caso es diferente y necesita asesoramiento legal individual.



Legal Aid Society
of Middle Tennessee & the Cumberland

Working Together. Doing Justice. Restoring Hope.

Sociedad de Ayuda Legal

1-800-238-1443

La llamada es gratuita.

En la página Web: www.las.org

APPOINTMENT OF SURROGATE
(TENNESSEE)

I, _____ made the decision to appoint
Designated Physician
_____ as surrogate for
Name of Surrogate

Name of Patient

Surrogate Contact Information: Home: _____
Work: _____
Cell Phone: _____

Reasons for Appointment (check all that apply):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Knows patient's wishes | <input type="checkbox"/> Demonstrates care and concern |
| <input type="checkbox"/> Knows patient's best interest | <input type="checkbox"/> Visits patient regularly during illness |
| <input type="checkbox"/> Had regular contact with patient | <input type="checkbox"/> Engages in face-to-face contact with caregiver |
| <input type="checkbox"/> Available and willing to serve | <input type="checkbox"/> Participates in decision making process |

Physician Signature _____
Date/Time

If designated physician is to act as surrogate, one of the following signatures must be obtained:

Ethics Committee Representative **Date** **or** _____
Concurring Second Physician **Date**

Any individuals in disagreement? Yes ___ No ___

If yes, please explain _____

ACCEPTANCE OF SURROGATE SELECTION

I accept the appointment as surrogate for _____
Patient
and understand I have the authority to make all medical decisions.

Signature of Surrogate _____
Date/Time