

INFORMACION DEL PACIENTE				<input type="checkbox"/> <i>Paciente Nuevo</i> <input type="checkbox"/> <i>Paciente Establecido</i>	
Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:	
				Numero de Seguro Social:	
Fecha de Nacimiento: / / (mm) (dd) (yyyy)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Desconocido	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido	Situacion Laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Declinar		Nombre de Empleador:
Domicilio:			Ciudad:		Estado:     Codigo Postal:
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Denegado			Origen Etnico: <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Denegado		Idioma: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____
Telefono Primario: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa (    )		Telefono Secundario: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa (    )		Correo Electronico:	
Medico Remitente:			¿Como nos conocio? <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Familia/Amistad <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Internet		
Medico Primario:			<input type="checkbox"/> Seguro Medico <input type="checkbox"/> FERIA de Salud <input type="checkbox"/> Tarjetas Postales <input type="checkbox"/> Oficina Local		
<b>Farmacia Preferida:</b>		Telefono: (    )		Domicilio:	
		Ciudad:		Estado:     Codigo Postal:	
<b>Nombre del contacto de emergencia:</b>			Telefono: (    )		Domicilio:
Autorizo a Orlando Family Physicians divulgar información de salud a mi contacto de emergencia.					
PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE					
Persona Financieramente Responsable: <input type="checkbox"/> Si usted mismo → Vaya a la sección de seguros <input type="checkbox"/> Otra Persona → Complete esta sección		Nombre completo de la persona responsable:		Parentesco con el paciente: <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Domicilio de Residencia (si es diferente a la del paciente):			Nacimiento: / /		Numero de Seguro Social:
INFORMACION DEL SEGURO					
<b>Nombre del Seguro Primario:</b>			Nombre del Plan:		Telefono: (    )
Domicilio:			Co-pago: \$		Fecha de Validez: / /
Numero de Poliza:		Numero de Grupo:		Nombre del Grupo:	
¿El plan es a través de un empleador? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del Empleador: Domicilio del Empleador:			Nombre del Asegurado: Parentesco:	
<b>Nombre del Seguro Secundario:</b>			Nombre del Plan:		Telefono: (    )
Domicilio:			Co-pago: \$		Fecha de Validez: / /
Numero de Poliza:		Numero de Grupo:		Nombre del Grupo:	
¿El plan es a través de un empleador? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del Empleador: Domicilio del Empleador:			Nombre del Asegurado: Parentesco:	
CONFIRMACION DE ESTE DOCUMENTO					
<p>La informacion en este documento es verdadera segun mi conocimiento. Autorizo a que mis Beneficios de Seguro Medico sean pagados directamente a Orlando Family Physicians durante el tiempo que yo continúe recibiendo servicios de ellos. En caso de que yo reciba algun cheque (pago) de Medicare o alguna otra compañía de seguro(s) como pago por servicios prestados por Orlando Family Physicians, inmediatamente sera endosado y entregado a Orlando Family Physicians por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo deudor. Tambien autorizo a Orlando Family Physicians o a mi compañía de seguros a liberar cualquier informacion necesaria para procesar mis reclamaciones.</p> <p>Yo autorizo a cualquier titular de informacion medica o de otra indole acerca de mi, a liberar cualquier informacion necesaria para las reclamaciones relacionadas con Medicare u otra compañía de seguros a la administracion de seguro social, sus intermediarios o compañías relacionadas. Permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar de la original para solicitar el pago de beneficios de seguro medico a mi persona o a la persona o parte que acepta la asignacion. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atencion medica acerca de cualquier otra parte de la que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento (La Seccion 112B de la ley de Seguro Social y 31 U.S.C. 38/01-3812 proveen sanciones por retener esta informacion).</p>					
Firma del Paciente/Guardian _____			Imprima su Nombre _____		Fecha de Hoy: _____
					(mm) (dd) (aaaa)



**AUTHORIZATION TO OBTAIN, REALEASE OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**  
 (AUTORIZACION PARA OBTENER, LIBERAR O REVISAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA)

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Social Security Number:** \_\_\_\_\_  
 (Nombre del Paciente) (Numero de Seguro Social)

**Telephone Number:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
 (Numero de Telefono) (Fecha de Nacimiento)

**Address:** \_\_\_\_\_  
 (Direccion)

I, \_\_\_\_\_ hereby authorize Orlando Family Physicians at:  
 (Yo, \_\_ autorizo a Orlando Family Physicians en:)

<input type="checkbox"/> 21 S. Charles Richard Beall Blvd DeBary, FL 32713 Tel: 386.516.0930 Fax: 386.668.6897	<input type="checkbox"/> 1130 S. Semoran Blvd., Ste. C Orlando, FL 32807 Tel: 407.382.1376 Fax: 321.235.3232	<input type="checkbox"/> 910 West Vine Street Kissimmee, FL 34741 Tel: 407.517.9582 Fax: 407.978.6644
<input type="checkbox"/> 829 Douglas Avenue Altamonte Springs, FL 32714 Tel: 407.332.0003 Fax: 321.295.7928	<input type="checkbox"/> 7200 Curry Ford Road Orlando, FL 32822 Tel: 407.587.7552 Fax: 407.757.0483	<input type="checkbox"/> 920 N. John Young Parkway Kissimmee, FL 34741 Tel: 407.956.1920 Fax: 407.483.5844
<input type="checkbox"/> 659 Douglas Avenue Altamonte Springs, FL 32714 Tel: 407.274.9777 Fax: 407.637.5114	<input type="checkbox"/> 900 S Goldenrod Road, Suite B Orlando, FL 32822 Tel: 407.362.0148 Fax: 407.271.8436	<input type="checkbox"/> 1502 Village Oak Lane Kissimmee, FL 34746 Tel: 407.520.3588 Fax: 407.978.6757
<input type="checkbox"/> 1834 North Alafaya Trail Orlando, FL 32826 Tel: 407.627.0062 Fax: 407.674.7346	<input type="checkbox"/> 3162 S. Conway Rd., Unit 3 Orlando, FL 32812 Tel: 407.627.0056 Fax: 407.237.0355	<input type="checkbox"/> 1931 S. Narcoossee Road St. Cloud, FL 34771 Tel: 407.986.9642 Fax: 407.593.6102
<input type="checkbox"/> 810 N. Nowell Street Orlando, FL 32808 Tel: 407.290.9556 Fax: 407.290.9509	<input type="checkbox"/> 5979 Vineland Rd., Ste. 209 Orlando, FL 32819 Tel: 407.627.0066 Fax: 407.440.4054	<input type="checkbox"/> 920 Cypress Parkway Kissimmee, FL 34759 Tel: 407.315.9460 Fax: 407.846.0047
<input type="checkbox"/> 811 N. Nowell Street Orlando, FL 32808 Tel: 407.259.2383 Fax: 407.290.9509	<input type="checkbox"/> 780 Buenaventura Blvd. Kissimmee, FL 34743 Tel: 407.274.9590 Fax: 407.344.9971	<input type="checkbox"/> 121 S. Orange Avenue, Ste 940 Orlando, FL 32801 Tel: 407.685.9687 Fax: 407.658.9688
<input type="checkbox"/> 5840 W. Colonial Dr Orlando, FL 32808 Tel: 407.720.7302 Fax: 407.293.1355	<input type="checkbox"/> 790 Buenaventura Blvd. Kissimmee, FL 34743 Tel: 407.344.9959 Fax: 407.344.9971	

**Release Copies of ALL Medical Records To:**  
 (Enviar Copias de mi Historial Medico Completo a:)

**Obtain ALL Medical Records From:**  
 (Obtener Todo mi Historial Medico de:)

**Person/Organization:** \_\_\_\_\_ **Date(s) of Service:** \_\_\_\_\_  
 (Persona/Organizacion) (Fecha del servicio)

**Address:** \_\_\_\_\_  
 (Direccion)

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado Postal) (Codigo Postal)

**Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
 (No. Telefono) (No. Fax)



**Reason for Disclosure (Motivo de divulgacion):**

Continuing Care (Continuidad de cuidado)     
  Insurance (Seguro)     
  Legal (Legal)     
  Personal Use (Uso Personal)     
  Other (Otros)

**Choose All That Apply (Elija todos los que apliquen)**

Complete Record (Informe Completo)	Radiology Reports (Informes de Radiologia)
Therapy Physical/ Occupational (Terapia Fisica/Ocupacional)	Pathology Reports (Informes de Patologia)
Lab Reports (Informes de Laboratorio)	Electrocardiogram (Electrocardiograma)
Other (Otros)	Surgical Report (Informes de Cirugias)

**Specific Authorizations**

**The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:**

(La siguiente informacion no puede ser revelada sin la especifica autorizacion, marcando la caja(s) siguientes:)

HIV/AIDS (VIH/SIDA)	Genetic Testing Information (Informacion sobre Pruebas Geneticas)
Drug/ Alcohol Abuse or Treatment (Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol)	Psychotherapy Notes (Notas sobre Psicoterapia)

**This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below.**

(Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la accion ya ha sido tomada. Esta autorizacion y consentimiento vencera a un año de la firma del presente formulario.)

**Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your health care information by the Recipient may no longer be protected by law.**

(Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no se veran afectados aun firmando o no esta autorizacion. Una vez su informacion sea entregada, ya no estara cubierta legalmente.)

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Legal Representative**  
 (Firma del Paciente o Representante Legal)

**Date Signed:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Fecha de hoy) (mm) (dd) (yyyy)

\_\_\_\_\_  
**Printed of Patient or Legal Representative**  
 (Firma del Paciente o Representante Legal)

**Relationship to Patient:** \_\_\_\_\_  
 (Relacion a el paciente:)



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y ACUSE DE NOTIFICACION DE LA POLITICA DE PRIVACIDAD INFORMACION DE SALUD

La ley Estatal de la Florida asegura que tengo el derecho y la obligación de tomar decisiones sobre mi cuidado de salud. Su médico le puede proporcionar la información y el asesoramiento necesario, pero como parte del equipo de salud, usted debe formar parte del proceso de decisión. Este formulario ha sido diseñado para reconocer su aceptación de tratamiento según lo recomendado por su médico.

Yo entiendo que voy a tener oportunidad plena de discutir esta información con mi médico. Doy mi consentimiento para cuidado médico/tratamiento y la liberación del historial de farmacia. Reconozco que el propósito, la atención, las formas razonables de tratamientos alternos, los riesgos de atención recomendada y alternativa y los riesgos de atención de lo anterior se me explico.

Doy mi consentimiento y autorizo a mi médico y a cualquiera de los profesionales de la salud designados para llevar a cabo exámenes, procedimientos diagnósticos de rutina sobre mí. También, doy mi consentimiento y autorizo a mi médico para prescribir un régimen terapéutico, que voy a seguir. A menos, que explícitamente lo rechace, estoy de acuerdo que la(s) prueba(s) de diagnóstico(s), tratamiento(s), Procedimiento(s), método(s) anticonceptivo(s) y las vacunas ordenadas por mi médico deben realizarse a pesar de los riesgos que implica y complicaciones que puedan involucrar, lo que se me explicara en el momento en que se ordenen. Entiendo que debo informar al personal si los servicios de interpretación del idioma son necesarios para mi comprensión de la información escrita y oral durante mis visitas de atención médica. También entiendo que los servicios de interpretación puede que no estén disponibles inmediatamente. No he recibido ninguna garantía acerca de los resultados de cualquiera de los servicios que recibí. Entiendo, que, si las pruebas de ciertas enfermedades de transmisión sexual o de otro tipo son positivas, los informes de estos resultados positivos serán enviados a las agencias de salud pública que se requiere por ley. Recibiré un referido para el diagnóstico y tratamiento de este si es necesario.

Yo autorizo a Orlando Family Physicians a liberar/discutir mi información de salud, ya sea por teléfono, en persona o a través de un formulario electrónico seguro con:

Nombre	Relacion	Telefono	Direccion
Nombre	Relacion	Telefono	Direccion

Puedo solicitar y obtener una copia de este formulario. He leído, entiendo, estoy de acuerdo completamente con este formulario y reconozco haber leído, entendido y aceptar el Aviso de Privacidad de Información de Salud de Orlando Family Physicians.

Nombre del Paciente, Cuidador o Representante Legal (Imprima)	Relacion	Firma	Fecha de Hoy

### USO DE OFICINA

Soy testigo del hecho de que el paciente recibió la información mencionada anteriormente y dijo que leyó y comprendió y que tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del personal de la oficina (Imprima)

Firma del personal de la oficina

Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(mm) (dd) (aaaa)



## RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Doy fe de que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Orlando Family Physicians.

- Soy informado de cómo Orlando Family Physicians utilizara mi información de salud con el propósito de proveerme tratamiento, procesar pagos por mis tratamientos, y para servicios operacionales de salud por parte de Orlando Family Physicians.
- El Aviso también me explica en detalle, como Orlando Family Physicians puede que comparta y utilice mi información de salud para otros asuntos además de tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de salud.
- Orlando Family Physicians también utilizará y compartirá mi información de salud en lo permitido y requerido por ley.
- Como paciente de Orlando Family Physicians, recibiendo servicios de salud, autorizo a Orlando Family Physicians a utilizar, compartir o divulgar mis tratamientos, educación y mantener mis expedientes solo para el propósito estipulado en este Aviso de Prácticas de Privacidad.

INFORMACION DEL PACIENTE		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento ____/____/____ (mm) (dd) (aaaa)		
_____ Nombre del Paciente/Tutor Legal (Imprima)	_____ Firma del paciente / Tutor Legal	Date: ____/____/____ (mm) (dd) (aaaa)
_____ Relacion con el Paciente		

PARA SER COMPLETADO POR MIEMBRO DEL PERSONAL (Si el paciente o representante no puede firmar)
El miembro del personal buscó pero no pudo obtener un reconocimiento del paciente o del representante del paciente por la siguiente razón:
<input type="checkbox"/> El paciente / representante personal se negó a firmar el formulario
<input type="checkbox"/> Otros: _____
_____

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO POR COMPLETO. IMPRIMA CLARO Y CUIDADOSAMENTE.

Todo adulto en plenas facultades tiene derecho a tomar decisiones sobre su propia salud, incluido el derecho a elegir o rechazar un tratamiento médico. Cuando una persona no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considera incapacitado. Para asegurarse de que las decisiones de una persona incapacitada sobre su atención médica aún se respetarán, se crearon declaraciones de voluntad anticipadas. Estas instrucciones resumen el tipo de atención que desearía recibir si se vuelve incapaz de tomar decisiones. Sin instrucciones por escrito de usted, su familia y sus médicos tendrían que adivinar qué tratamiento le gustaría. En algunos casos, es posible que se vean forzados a continuar con tratamientos que saben que no desearías simplemente porque tu preferencia no estaba expresada por escrito. Hay varios tipos de declaraciones de voluntad anticipadas:

**Testamento en vida:** es una declaración escrita del tipo de atención médica que desea o no desea si no puede tomar sus propias decisiones.

**Representante de atención médica:** este documento nombra a otra persona como su representante para tomar decisiones médicas por usted si no puede hacerlo usted mismo. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o no desee, similar a un testamento en vida.

**Forma anatómica del donante:** es un documento que indica su deseo de donar, en el momento de la muerte, todo o parte de su cuerpo. Puede indicar su elección para ser un donante de órganos al designarlo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado, firmar un formulario uniforme de donante o expresar su deseo en un testamento en vida.

**DNR formulario:** Esta es una forma amarilla que identifica a las personas que no desean ser reanimadas en el caso de que dejen de respirar. Su corazón deja de latir.

Las declaraciones voluntad anticipadas entran en vigencia solo si usted queda incapacitado y puede cambiarlo en cualquier momento. Siempre que sea capaz, debe hablar con su médico sobre sus expectativas de atención médica. Sin embargo, antes de completar las Instrucciones anticipadas, también puede hablar con su familia, amigos, abogado o asesor espiritual.

COMO SU DOCTOR MÉDICO, NECESITAMOS SABER SI HA EJECUTADO UNA DECLARACION DE VOLUNTAD AVANZADA:

Si  No

SI ES ASÍ, ESTA DIRECTIVA TIENE LA FORMA DE:

Testamento de Vida  Orden de no resucitar  Representante de atención médica  Forma anatomica del donante

Si respondió Si, podría proporcionarnos una copia de los formularios lo antes posible, firme a continuación y pase a la página siguiente.

Si respondió No, firme a continuación.

Primer Nombre:                      Segundo Nombre:                      Apellido:

Numero de Seguro Social:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del Paciente / Representante Legal:

Fecha de Autorizacion:

Firma del Paciente / Representante Legal:

### Declaracion de Derechos

Estimado Paciente,

Es nuestra obligación como centro de salud informarle que usted tiene el derecho de comunicarse con estos números de teléfonos gratuito para reportar si tiene alguna queja de abuso, negligencia o prácticas de explotación.

Quejas: Para dar una queja con respecto a los servicios que usted recibe, llame gratis a 1-888-419-3456 (oprima opción 1), o visite la página de interactiva: [ahca.myflorida.com/contact/call\\_center.shtml](http://ahca.myflorida.com/contact/call_center.shtml).

Abuso, negligencia o explotación: Para reportar abuso, negligencia o explotación, por favor llame gratis a 1-888-96- ABUSE (962-2873)

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(mm) (dd) (aaaa)

---

### No Asistir/No Cancelar

Estimado Paciente,

Esta política se ha establecido para servirle mejor.

Para atenderlo eficazmente como nuestro paciente, es necesario que le hagamos una cita. El usted no asistir a su cita le causa serios problemas financieros a nuestra oficina médica. Cuando hacemos una cita, ocupamos un espacio de nuestra agenda, que otro paciente puede utilizar. Cuando un paciente no asiste a su cita, se afecta la calidad de atención de lo demás pacientes que, en algunos casos, tienen condiciones médicas críticas.

“No Asistir” significa, que no vino a su cita, ni se comunicó con nosotros, para cambiar o cancelar, 24 horas antes de su visita.

Entendemos que pueden ocurrir situaciones, como emergencias médicas en las cuales no puede llegar, ni puede comunicarse con nosotros. Estas situaciones han de ser consideradas individualmente y de acuerdo a cada persona.

Se cobrarán **\$25.00** dólares por cada cita a la que no asista o nos informe con 24 horas de antelación.

Por favor, entienda que este cargo no está cubierto por su seguro médico y que es completamente su responsabilidad.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(mm) (dd) (aaaa)



## Consentimiento para Obtener el Historial Externo de Recetas

ePrescribing es una iniciativa federal que exige que todos los médicos receten medicamentos de forma electrónica a partir de 2011.

El sistema de prescripción envía sus recetas a través de la internet a su farmacia de una manera segura, es es la misma tecnología que utilizan las compañías de tarjetas de crédito. Esto ayuda a proteger la privacidad de su información personal.

El sistema de ePrescribing también le permite a su médico ver información importante, como interacciones de medicamentos y su historial de recetas.

Yo, \_\_\_\_\_, cuya firma aparece a continuación, autoriza a Orlando Family Physicians y sus proveedores afiliados a ver mi historial de recetas externa a través del servicio RxHub.

Entiendo que el historial de recetas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y gerentes de beneficios farmacéuticos puede ser visto por mis proveedores y personal de esta clinica, y puede incluir recetas de varios años atras.

MI FIRMA CERTIFICA QUE LEÍ Y ENTENDÍ EL ALCANCE DE MI CONSENTIMIENTO Y QUE AUTORIZO EL ACCESO.

**Nobre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_





## TESTAMENTO EN VIDA

Declaración hecha en este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, libre y voluntariamente hago saber mi deseo; el que mi muerte no sea prolongada artificialmente bajo las circunstancias establecidas a continuación, y yo por lo presente declaro, que si en cualquier momento estoy física o mentalmente incapacitado(a) o

\_\_\_\_\_ (inicial) Tengo una enfermedad terminal

\_\_\_\_\_ (inicial) Tengo una enfermedad en fase terminal

\_\_\_\_\_ (inicial) Estoy en estado vegetativo persistente,

Y si mi médico de cabecera o de tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe una probabilidad medica razonable de mi recuperación en tales condiciones, ordeno que los procedimientos para prolongar mi vida sean suspendidos o retirados cuando la aplicación de tales procedimientos, solo sean para prolongar artificialmente el proceso de muerte, y que se me permita morir de manera natural con solo la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que sean necesarios para darme la comodidad o para aliviar dolor.

Yo, si , Yo, no  deseo que la nutrición y la hidratación (comida y agua) se suspenda o retire cuando la aplicación de tales procedimientos solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y el médico, como la expresión final de mi derecho legal de rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En el caso de que se haya determinado que yo no pueda dar mi consentimiento, expreso e informado con respecto a los procedimientos de retención, el retiro o la continuación de la prolongación de la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de la presente declaración a:

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Entiendo el significado completo de esta declaración y estoy emocional y mentalmente capacitado para hacer esta declaración. Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*\*Por lo menos uno de los testigos no debe de ser, pariente sanguíneo del principal ni cónyuge.

**Definiciones de términos en el Testamento en Vida:**

“**Enfermedad Terminal**” quiere decir una condición causada por una lesión, enfermedad, o enfermedad de la que no hay probabilidad medica razonable de recuperación y que, sin tratamiento, puede esperarse que produzca muerte.

“**Enfermedad en Fase Terminal**” significa una condición irreversible que es causada por una lesión, enfermedad o una enfermedad que se ha traducido en un deterioro progresivo grave y permanente, y que, con un grado razonable de probabilidad médica, el tratamiento de la enfermedad seria ineficaz.

“**Estado Vegetativo Progresivo**” significa una condición permanente e irreversible de la inconsciencia en el que hay: La ausencia de una acción voluntaria o cognitivo- conductual de todo tipo y una incapacidad para comunicarse o interactuar con el medio ambiente a propósito.

Estas definiciones provienen de la sección 765.101 de los Estatutos de la Florida. Los Estatutos se pueden encontrar en su biblioteca local o en línea en [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us).