

Certificado médico para determinar la capacidad del representante para actuar en nombre del paciente
Medical Certification of Capacity for Determining a Patient's Representative Authority to Act

Instrucciones

El presente formulario es una declaración por escrito redactada por un médico o profesional de la salud de práctica avanzada que determinó que una persona está incapacitada de acuerdo con Wis. Stat. § 50.06. El objetivo de este formulario es determinar si el representante del paciente tiene la capacidad para actuar en su nombre.

Se deberá incluir una copia de este formulario lleno en los expedientes médicos del paciente. Dentro de las 72 horas posteriores al ingreso del paciente al centro de atención poshospitalaria, se deberá presentar este formulario ante la oficina del registro de sucesiones del condado en donde reside la persona incapacitada y luego se deberá presentar ante el organismo de servicios de protección de adultos del condado en donde reside la persona con incapacidad.

Información del paciente

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio permanente (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del representante del paciente: _____

¿Es necesario ingresar al paciente a un centro de atención poshospitalaria, según sus necesidades de atención médica?

Sí No Otro, especifique: _____

Nombre del centro de atención poshospitalaria: _____

Determinación médica de incapacidad

El día (fecha) _____ en (ubicación) _____
dos médicos o un médico y un profesional de práctica avanzada examinaron a (nombre del paciente) _____
y determinaron que el paciente está incapacitado.

Las siguientes afecciones médicas dieron lugar a que se concluyera que el paciente está incapacitado:

Declaración del médico

He examinado personalmente al paciente y he determinado que es incapaz de recibir o procesar información de manera eficaz, y de comunicar sus decisiones, por lo que considero que carece de la capacidad para tomar

decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones relacionadas con su atención poshospitalaria. Su incapacidad no se debe únicamente a la edad avanzada, a un comportamiento excéntrico ni a una discapacidad física, ya sea por separado o en conjunto.

No soy pariente del paciente, tal como se establece en el s. 242.01 (11), Wis. Stats., y a mi leal saber y entender, no tengo derecho a reclamar ninguna porción del patrimonio del paciente.

Médico 1

Firma del médico 1: _____

Nombre del médico 1 (en letra de imprenta): _____

Fecha de la declaración: _____

Dirección y teléfono del consultorio: _____

Médico 2/profesional de práctica avanzada

Firma del médico 2/profesional de práctica avanzada: _____

Nombre del médico 2/profesional de práctica avanzada (en letra de imprenta): _____

Fecha de la declaración: _____

Dirección y teléfono del consultorio: _____

Determinación médica de recuperación de la capacidad

En el día (fecha) _____ en (ubicación) _____
dos médicos o un médico y un profesional de práctica avanzada examinaron a (nombre del paciente) _____

y determinaron que el paciente ya no está incapacitado.

Las siguientes afecciones médicas o circunstancias dieron lugar a que se concluyera que el paciente ya no está incapacitado:

Se incluirá una copia de esta declaración en los expedientes médicos del paciente y se presentará ante el tribunal de sucesiones y la unidad de servicios de protección de adultos del condado en donde reside el paciente dentro de las 72 horas posteriores a la determinación.

Médico/Profesional de práctica avanzada

Firma del médico/profesional de práctica avanzada: _____

Nombre del médico/profesional de práctica avanzada (en letra de imprenta): _____

Fecha de la declaración: _____

Dirección y teléfono del consultorio: _____