



Gobierno de Puerto Rico  
Departamento de la Familia  
Administración de Familias y Niños



Administración Auxiliar de Cuidado Sustituto y Adopción

25 de marzo de 2011

ADFAN-ACSA-2011-011

**Directores/as Regionales  
Directores/as Asociados/as  
Supervisores/as Servicio  
Vida Independiente**

María L. Carrillo de Sevilla  
Sub – Administradora

Mariel Collazo Otero, MTS  
Administradora Auxiliar Interina  
Cuidado Sustituto y Adopción

Pedro Cartagena Martínez, MTS  
Coordinador General  
Servicio Vida Independiente

**AUTORIZACION  
DESIGNANDO REPRESENTANTE  
PARA DECISIONES DE EMERGENCIA EN EL AREA DE SALUD**

Efectivo al recibo de ésta comunicación se deberá completar con todo/a joven activo en el Servicio de Vida Independiente que cuente con 20 años de edad la Autorización Designando un Representante para Decisiones de Emergencia en el Área de Salud.

Adjunto se incluye el documento para la declaración del representante y el formulario que debe ser cumplimentado en todas sus partes y archivado en el área de salud del expediente social del/la joven en el Servicio.

PCM/ecg

C: Lcda. Yanitzia Irizarry  
Secretaria

Lcdo. José Vargas  
División Legal

Administradores Auxiliares ADFAN

Especialista en Trabajo Social

Junta Adjudicativa

# SALUD

PAGINA 1

POSEO SEGURO O PLAN MÉDICO SI  NO   
CONTINÚA EN VIGENCIA LUEGO DE QUE CUMPLA MI MAYORÍA SI  NO

ASEGURADORA:	
NÚMERO CONTRATO:	
VIGENCIA:	

TENGO UN MÉDICO PRIMARIO: SI  NO   
LO VISITO REGULARMENTE: SI  NO

NOMBRE MÉDICO:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONOS:	

CONOZCO TODAS MIS CONDICIONES MÉDICAS Y TRATAMIENTOS: SI  NO   
CONOZCO LAS CONDICIONES MÉDICAS DE MIS PADRES: SI  NO

CONDICIONES	DESCRIPCION Y/O SINTOMAS	TRATAMIENTO

CONDICIONES MEDICAS PADRES	DESCRIPCION Y/O SINTOMAS	TRATAMIENTO

## SALUD

CONOZCO LOS HOSPITALES MÁS CERCANOS EN CASO DE EMERGENCIA: SI  NO

HOSPITAL:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONOS:	

HOSPITAL:	
DIRECCIÓN:	
TELÓFONOS:	

HE AUTORIZADO UN REPRESENTANTE LEGAL EN EL ÁREA DE SALUD PARA QUE LUEGO DE QUE CUMPLA LA MAYORÍA DE EDAD, DE UN MÉDICO CERTIFICAR QUE ME ENCUENTRO MEDICAMENTE INCAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE MI SALUD FÍSICA Y MENTAL LAS TOMÉ POR MI.

SI  NO

ENTREGUE COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN A MI MÉDICO PRIMARIO PARA QUE FORME PARTE DE MI EXPEDIENTE MÉDICO.

SI  NO

INFORME SOBRE ESTA AUTORIZACIÓN A FAMILIARES Y A AQUELLOS QUE NO GOZAN DE MI CONFIANZA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE MI SALUD.

SI  NO

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION  
DESIGNADO REPRESENTANTE  
PARA DECISIONES DE EMERGENCIA EN EL AREA DE SALUD**

Yo \_\_\_\_\_, vecino de \_\_\_\_\_,

*Seguro social \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales reconozco que tengo el derecho a tomar decisiones con relación a mi salud física y mental. Reconozco también, que puede llegar el momento que por alguna incapacidad física o mental no pueda tomar determinaciones sobre procedimientos médicos o decisiones médicas que pudieran conllevar riesgo de muerte o incapacidad permanente.*

*Es por esto que; dejé esta autorización designando un representante legal para que de surgir una situación como la arriba descrita la persona que tome decisiones por mi comparta mis valores y conozca mis deseos sobre mi salud y mi vida de yo no poder hacer. Además solicito que esta autorización forme parte permanente de mis expedientes médicos permanentemente.*

*A estos fines designo como mi representante (RED DE APOYO) en el área de salud a:*

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

*Dirección: \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

*Teléfonos: \_\_\_\_\_*

*Número de Identificación: \_\_\_\_\_*

*Autorizó al Sr./Sra . \_\_\_\_\_ a tomar decisiones médicas sobre mi incluyendo; decisiones que conlleven aceptar o negarse a un tratamiento, servicios dirigidos a detectar o tratar una condición, medidas para mantenerme vivo con asistencia de maquinas o no, cirugías y cualquier otro tratamiento que se recomiende debido a mi situación. En la situación de que mis deseos no estuvieran claros autorizo a mi representante a que tome las mejor decisiones partiendo de lo que este conoce como mis intereses y valores. Este autorización será vigente una vez cualquier medico haya declarado que estoy médicamente incompetente para tomar decisiones por mi mismo.*

*En caso de que mi representante principal no pueda ser localizado o también este incapacitado de tomar decisiones por mi, autorizo el siguiente representante medico como presentante alterno.*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

*Certifico que he informado de esta autorización asignando un representante a aquellos que no gozan de mi confianza para tomar decisiones sobre mi salud. Además certifico haber discutido esta autorización con quienes designo como mis representantes y estos han aceptado y se comprometen a tomar decisiones basadas en mis deseos y valores.*

*Certifico que entiendo y acepto el propósito de esta autorización, la cual someto voluntariamente y en pleno uso de mis funciones hoy*  
\_\_\_\_\_.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Testigos: \_\_\_\_\_

*Declaro que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ firmó esta autorización en mi presencia y que durante la firma se observó a el/la*  
\_\_\_\_\_  
*coherente, orientado en tiempo y espacio y en aparente buen estado de salud física y mental.*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_