Este formulario permite a las personas que tradicionalmente no son reconocidas como miembros de la familia obtener derechos de visita prioritarios. Una vez completado y firmado, debe mantenerse con la directiva anticipada.

Autorización de Visitas al Hospital (Adición a la Directiva Anticipada)

Yo, _____ ,

residiendo en _____ en _____

Condado, estado de _____ , por medio de la presente notifico y autorizo que, si me enfermara o fuera incapacitado por alguna causa que requiera mi hospitalización, tratamiento o atención a largo plazo en un centro médico, deseo que la (s) siguiente (s) persona(s),

_____ ,

reciba(n) la primera preferencia de visitarme en dicho centro médico o de tratamiento, sean o no partes relacionadas conmigo por sangre o por ley, a menos que, o hasta que yo, libremente, le dé instrucciones contrarias al personal médico en las instalaciones involucradas.

Ejecutado este _____ día de _____ (mes), _____ (año)

en (lugar de la firma) _____

Por:

_____

Firma Fecha

FIRMAS DE TESTIGOS:

TESTIGO 1

_____

Firma

_____

Dirección

_____

Fecha

TESTIGO 2

_____

Firma

_____

Dirección

_____

Fecha

** Los médicos pueden ver si la terapia revierte rápidamente mi condición. Si no lo hace, quiero que se suspenda.*