



# 112 DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

## 112 LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE DESIGNATION

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_  
**Patient Full Name** (Nombre del difunto o persona incapacitada mental o físicamente)  
(Name of deceased or mentally or physically incapacitated person)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de SS (opcional/los últimos 4 dígitos) \_\_\_\_\_  
**Date of Birth** SS# (optional / Last 4 digits)

**EL PACIENTE ESTÁ CON VIDA Y ESTÁ INCAPACITADO FÍSICA O MENTALMENTE:**  
**PATIENT IS LIVING AND IS PHYSICALLY OR MENTALLY INCAPACITATED:**

Las clasificaciones que se incluyen a continuación están en orden de prioridad. Por favor, coloque una marca en la clasificación aplicable.

The following classifications are in order of priority. Please check the applicable classification:

1. \_\_\_\_\_ Un tutor asignado por la corte o asignado por una persona legalmente autorizada para asignar un tutor según la ley.  
A court-appointed guardian or a guardian appointed by a person legally authorized to appoint a guardian under the statute.
2. \_\_\_\_\_ Un agente asignado por el paciente de conformidad con una Directiva Avanzada para el cuidado de la salud o un Testamento en vida y/o Poder Legal Permanente para el cuidado de la salud.  
An agent appointed by the patient in accordance with an Advance Directive, Living Will and/or Durable power of Attorney for Health Care.
3. \_\_\_\_\_ Ejecutor / administrador del patrimonio.  
Executor / administrator of the estate.
4. \_\_\_\_\_ Esposo(a) del paciente  
Spouse of patient
5. \_\_\_\_\_ Hijo o hija del paciente de diecinueve (19) años de edad o mayor; o de 18 años de edad, si la Política de Firmas del Huntsville Hospital, Número 112, lo permite.  
Son or daughter nineteen (19) years or older of the patient; or 18 years, if permitted by Huntsville Hospital's Signature Policy, Number 112.
6. \_\_\_\_\_ Padre o madre del paciente.  
Parent of the patient.
7. \_\_\_\_\_ Hermano o hermana del paciente de diecinueve (19) años de edad o mayor.  
Brother or sister aged nineteen (19) or older of the adult patient.
8. \_\_\_\_\_ Cualquiera de los parientes adultos del paciente sobrevivientes que sea el pariente más cercanos al paciente; específicamente, yo soy el/la \_\_\_\_\_.  
Any one of the patient's surviving adult relatives who are of the next closest degree of kinship to the patient specifically, I am the \_\_\_\_\_.

Al marcar una de las opciones antes mencionada, certifico que soy el representante legal autorizado del difunto o persona incapacitada antes mencionada y, según mi leal saber y entender, no hay otra persona de más alta clasificación. Por lo tanto, estoy autorizado(a) a recibir o pedir documentación médica en nombre de la persona antes mencionada.

By checking one of the above, I hereby certify that I am the legally authorized representative of the named deceased or incapacitated person and to my knowledge, there is no person with higher classification. I thereby am authorized to receive or to request medical records on behalf of the above named person.

**EL PACIENTE HA FALLECIDO:**  
**PATIENT IS DECEASED:**

1. \_\_\_\_\_ Ejecutor / administrador del patrimonio  
Executor/administrator of the estate
  
2. \_\_\_\_\_ Familiar u otra persona que participó en el cuidado o pagó por el cuidado del difunto antes de su muerte  
Family member or other who was involved in care or payment for care of the decedent prior to death.

**Con la marca en una de las opciones anteriores, certifico que soy el ejecutor o el administrador del patrimonio o participé en el cuidado o en el pago por el cuidado del difunto antes de su muerte.**

By checking one of the above, I hereby certify that I am the executor or administrator of the estate or was involved in the care or payment for care of the decedent prior to death.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
Print name:

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Address:

Número de tel.: \_\_\_\_\_  
Phone #

Firma del testigo: \_\_\_\_\_  
Witness' Signature

Firma del intérprete: \_\_\_\_\_  
Interpreter's signature

Por favor, regérselo al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records) del Huntsville Hospital o envíelo por fax al 256.265.8131; o para ser puesto con las notas de progreso con la documentación del paciente.

**Please return to Huntsville Hospital, Medical Records Department or Fax to 256.265.8131. Or put in progress notes with chart.**

Original reviewed: August 2000  
Revised: March 2003  
Reviewed: June 2007  
Revised: June 2013



ROI112

Translated from form # NS 285850 SP