



Pro Se Legal Document Solutions, LLC  
JoAnne Spano  
JoAnne@ProSeDocumentsFL.com  
904-539-7889

## **CUESTIONARIO DE PLANIFICACIÓN PATRIMONIAL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ÚLTIMOS CUATRO DE SS#: XXX - XX - \_\_\_\_\_

### **CÓNYUGE:**

NOMBRE DE LA ESPOSA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### **HIJOS O HEREDEROS DE LEY:**

**1) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**2) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**3) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

4) NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE GUSTARÍA TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA PERSONA DE RESPALDO PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE GUSTARÍA TOMAR DECISIONES FINANCIERAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA PERSONA DE RESPALDO PARA TOMAR DECISIONES FINANCIERAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO:**

**1) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: \_\_\_\_\_

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

**2) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: \_\_\_\_\_

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

**3) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: \_\_\_\_\_

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU

PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

**4) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: \_\_\_\_\_

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

**QUIÉN LE GUSTARÍA ADMINISTRAR SU PATRIMONIO O FIDEICOMISO DESPUÉS DE SU FALLECIMIENTO?**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI ESTA PERSONA NO ESTÁ DISPONIBLE, QUIÉN SIRVIRÁ DE RESPALDO?**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LEGADOS ESPECIFICOS:**

**1) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

LEGADO: \_\_\_\_\_

**2) NOMBRE:** \_\_\_\_\_

LEGADO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DEL FORM ULARIO MÉDICO ESPECIAL:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DEL FORM ULARIO FINANCIERO ESPECIAL:**

---

---

**TE CUSTERÍA CREAR UN CONFIANZA VIVA?**

- [ ] SI – en caso afirmativo, responda las preguntas restantes.  
[ ] NO – en caso NO, no es necesario responder las preguntas restantes.

**BIENES INMUEBLES TRANSMITIDOS AL FIDEICOMISO:**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PARCELA: \_\_\_\_\_

**CUENTAS FINANCIERAS PONIDAS EN EL FIDEICOMISO:**

**1) NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA:** \_\_\_\_\_

TIPO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

**2) NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA:** \_\_\_\_\_

TIPO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

**3) NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA:** \_\_\_\_\_

TIPO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

**BIENES MUEBLES EN EL FIDEICOMISO:**

---

---

---

---

---