

# Coastal Mental Health Center, Inc.

**Jacksonville**  
8382 Baymeadows Road  
Suite 7  
Jacksonville, FL 32256

**Leesburg**  
8136 Centralia CT  
Suite 101  
Leesburg, FL 34788

**Orange City**  
300 Treemont Drive  
Orange City, FL 32763

**Sanford**  
101 Bellagio Circle  
Sanford, FL 32771

**Orlando**  
1320 N. Semoran Blvd  
Suite 107  
Orlando, FL 32807

**Daytona**  
801 Beville Rd  
Suite 202A  
South Daytona, FL 32119

**Saint Cloud**  
2900 17th Street  
Suite 3  
Saint Cloud, FL 34769

**Palm Bay**  
5200 Babcock Street NE  
Suite 105  
Palm Bay, FL 32905

**Rockledge**  
1282 Rockledge Blvd  
Suite 2  
Rockledge, FL 32955

## DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA

### PARA MENORES

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ [] custodio legal(es); [] tutor(es) legal(es) [marque uno] (el/los "Director(es)") de los siguientes menores:

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_;

de conformidad con la sección 765.2035, Estatutos de Florida, designar a la siguiente persona para que actúe como mi / nuestro sustituto para las decisiones de atención médica para dicho menor en caso de que yo / no podamos / no estemos razonablemente disponibles para proporcionar consentimiento para tratamiento médico, procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, y tratamiento de salud mental:

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo/Nosotros autorizamos y solicitamos a todos los médicos, hospitales u otros proveedores de servicios médicos que sigan las instrucciones de mi/nuestro sustituto en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, con respecto al tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para un menor, siempre que la atención médica y el tratamiento de cualquier menor sea por consejo de un médico con licencia.

Yo/Nosotros entendemos completamente que esta designación permitirá a mi/nuestra persona designada tomar decisiones de atención médica para un menor y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre/para solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención médica, y para autorizar la admisión o transferencia de un menor hacia o desde un centro de atención médica.

Esta designación de sustituto de atención médica para menores es efectiva a partir del \_\_\_\_ día de \_\_\_\_, 20\_\_ y termina el \_\_\_\_ día de \_\_\_\_, 20\_\_.

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

El(los) Director(es) es/son conocido(s) por mí. No soy el sustituto de atención médica designado para el menor, el cónyuge ni un pariente consanguíneo del Director (s), y creo que el Director (s) está en su sano juicio. El(los) Director(es) firmó(n) la designación anterior de sustituto de atención médica para menores en mi presencia.

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

Testigo: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_