

PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE STATEMENT TO RECEIVE NOTICE

Agency phone

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE DE RECIBIR AVISO

Address/Dirección

Patient's Name: _____ MR#: _____ SOC: _____

(Nombre del Paciente)

Patient's Legal representative: _____ Ph: _____

*(Representante Legal Address: _____ email: _____)**(Dirección)*

The patient and representative has the right to be informed of the patient's rights in language and manner the individual understand. Including: Notice of Rights, Exercise Rights, Rights of the Patient, Transfer & Discharge policy, Investigation of complaints, Accessibility. *El paciente y el representante tienen derecho a que se les informe sobre los derechos del paciente en el lenguaje y la forma en que el individuo lo entiende. Incluyendo: Aviso de derechos, Ejecución del Derecho, Derechos del paciente, Política de transferencia y alta, Investigación de reclamos, accesibilidad.*

The Patient's Legal representative was contacted by phone on: _____ and verbally explained all required notices. *Se contactó al representante legal del paciente por teléfono el: _____ y se le explicó verbalmente todo aviso requerido.*

Witness 1: _____ Signature: _____ Date: _____
Testigo 1 Firma Fecha

Witness 2: _____ Signature: _____ Date: _____
Testigo 1 Firma Fecha

Patient's Representative authorized email Notice: Yes No
El representante del paciente autoriza el correo electrónico Sí No

If Yes: *(Si) (Email notice) (Noticia por correo electrónico)*

Email authorization was obtained on _____, and the FULL NOTICE PACKAGE was emailed on: _____. See attached the confirmation receipt. The Recipient agreed that will return this form signed by email, as proof to been informed.

La autorización por correo electrónico se obtuvo el _____ y se envió por correo electrónico el PAQUETE DE AVISO COMPLETO: _____. Ver adjunto el recibo de confirmación. El Receptor acordó que devolverá este formulario firmado por correo electrónico, como prueba de haber sido informado.

Form signed was received on: _____ *(El formulario firmado fue recibido el)*

Form was never signed and returned by above representative, amend Agency effort to obtain signed proof.

El formulario nunca fue firmado y devuelto por el representante anterior, a pesar del esfuerzo de la Agencia para obtener un comprobante firmado.

If No: *(Mail notice) (Noticia por correo regular)*

FULL NOTICE PACKAGE was mailed on: _____. See attached the confirmation receipt. The Recipient agreed that will return this form signed by mail (in the envelope provided), as proof to been informed.

Se envió por correo un PAQUETE DE AVISO COMPLETO: _____. Ver adjunto el recibo de confirmación. El Receptor acordó que devolverá este formulario firmado por correo (en el sobre provisto), como prueba de haber sido informado.

Form signed was received on: _____ *(El formulario firmado fue recibido el)*

Form was never signed and returned by above representative, amend Agency effort to obtain signed proof.

El formulario nunca fue firmado y devuelto por el representante anterior, a pesar del esfuerzo de la Agencia para obtener un comprobante firmado.

Questions/Preguntas, Complaints/Quejas:

Agency Administrator (*Administrador*): _____ Phone: _____

Agency Director of Nursing/Clinical Mgr: _____ Phone: _____

(Director de Enfermeros)

Representative Legal (Name): _____ Signature: _____ Date: _____
Representante Legal (Nombre) Firma Fecha