



Authority to sign on Behalf of Patient. Autorización Para Firmar en lugar del Paciente

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient:

El abajo firmante tiene la autorización para firmar documentos con referencia al paciente cuyo nombre esta puesto abajo.

Patient Name / Nombre del Paciente

MR#

The reason for this authorization is as follows:

La razon por la cual esta autorización es necesaria es la siguiente:

Patient is unable to sign because:

El paciente no puede firmar porque:

The reason I am qualified to sign is (check one):

La razon por la cual tengo autoridad para firmar es (marque uno):

1. **Guardianship - attach copy of order appointing guardian.** *Tutela - Agregue la copia de la orden asignado la tutela.*
2. **Relative - State exactly how related.** *Familiar - Especifique exactamente la relacion.*
3. **Owner of Health Care Facility - State whether individual, partner, stockholder, director or officer, and state full name of facility.** *Dueño de un centro de cuidado medico - Indique si es individual, asociado, director, accionista, u oficial, e indique el nombre complete del centro.*
4. **If other than above - State with specificity why you are empowered to sign.** *Si hay otras razones que no seaen las de arriba, indique especificamente porque usted tiene el poder de firmar.*

Signature/Firma

____/____/____
Date/Fecha

Witness/Testigo

____/____/____
Date/Fecha



Authority to Sign on Behalf of Patient Autorización Para Firmar en Lugar del Paciente

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient:

Patient Name/*Nombre del Paciente*

MR#

The reason for this authorization is as follows:

Patient is unable to sign because: _____

The reason I am qualified to sign is (check one):

- 1. Guardianship - Attach copy of order appointing guardian.
- 2. Relative - State exactly how related.
- 3. Owner of Health Care Facility - State whether individual, partner, stockholder, director or officer, and state full name of facility.
- 4. If other than above - State with specificity why you are empowered to sign.

El abajo firmante tiene la autoridad para firmar documentos con referencia al paciente cuyo nombre está escrito arriba.

La razón por la cual esta autorización es necesaria es la siguiente:

El Paciente no puede firmar porque: _____

La razón por la cual tengo autoridad para firmar es (marque uno):

- 1. Tutela - Agregue la copia de la orden asignando la tutela.
- 2. Familiar - Especifique exactamente la relación.
- 3. Dueño de un centro de cuidados médicos - Indique si es individual, asociado, director, accionista, u oficial, e indique el nombre completo del centro.
- 4. Si hay otras razones que no sean las de arriba, indique específicamente porque usted tiene el poder de firmar.

Signature/*Firma*

Date/*Fecha*

Witness/*Testigo*

Date/*Fecha*



American Proud Home Health, Corp.

Authority to Sign on Behalf of Patient
Autorización Para Firmar en Lugar del Paciente

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient:

El abajo firmante tiene la autoridad para firmar documentos con referencia al paciente cuyo nombre está escrito abajo:

Patient Name

Nombre del Paciente

MR#

The reason for this authorization is as follows:

La razón por la cual esta autorización es necesaria es la siguiente:

Patient is unable to sign because:

El Paciente no puede firmar porque:

The reason I am qualified to sign is (check one):

La razón por la cual tengo autoridad para firmar es (marque uno):

- 1. Guardianship - Attach copy of order appointing guardian.
Tutela - Agregue la copia de la orden asignando la tutela.
- 2. Relative - State exactly how related.
Familiar - Especifique exactamente la relación.
- 3. Owner of Health Care Facility - State whether individual, partner, stockholder, director or officer, and state full name of facility.
Dueño de un centro de cuidados médicos - Indique si es individual, asociado, director, accionista, u oficial, e indique el nombre completo del centro.
- 4. If other than above - State with specificity why you are empowered to sign.
Si hay otras razones que no sean las de arriba, indique específicamente porque usted tiene el poder de firmar.

Signature/Firma

Date/Fecha

Witness/Testigo

Date/Fecha



HomeCare for the Elderly

AUTHORIZATION TO SIGN ON BEHALF OF PATIENT

PATIENT NAME: _____
MEDICAL RECORD: _____

PATIENT UNABLE TO SIGN BECAUSE:

PERSON(S) AUTHORIZED TO SIGN AGENCY DOCUMENTS ON BEHALF OF PATIENT:

NAME _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

NAME _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

NAME _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

PATIENT SIGNATURE
(IF PATIENT COMPETENT/ABLE TO SIGN)

FAMILY MEMBER SIGNATURE
(IF PATIENT INCOMPETENT/UNABLE TO SIGN)

WITNESS/AGENCY REPRESENTATIVE

DATE

NOTE: IF GUARDIAN, ATTACH COPY OF ORDER APPOINTING GUARDIAN



Authority to sign on Behalf of Patient. *Autorización Para Firmar en lugar del Paciente*

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient:

El abajo firmante tiene la autorización para firmar documentos con referencia al paciente cuyo nombre esta puesto abajo.

Patient Name / Nombre del Pacient

MR#

The reason for this authorization is as follows:

La razon por la cual esta autorización es necesaria es la siguiente:

Patient is unable to sign because:

El paciente no puede firmar porque:

The reason I am qualified to sign is (check one):

La razon por la cual tengo autoridad para firmar es (marque uno):

1. **Guardianship - attach copy of order appointing guardian.** *Tutela - Agregue la copia de la orden asignado la tutela.*
2. **Relative - State exactly how related.** *Familiar - Especifique exactamente la relacion.*
3. **Owner of Health Care Facility - State whether individual, partner, stockholder, director or officer, and state full name of facility.** *Dueño de un centro de cuidado medico - Indique si es individual, asociado, director, accionista, u oficial, e indique el nombre complete del centro.*
4. **If other than above - State with specificity why you are empowered to sign.** *Si hay otras razones que no sean las de arriba, indique especificamente porque usted tiene el poder de firmar.*

Signature/Firma

____/____/____
Date/Fecha

Witness/Testigo

____/____/____
Date/Fecha



HOME CARE SERVICES PROVIDER



AUTHORITY TO SIGN ON BEHALF OF PATIENT

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient

Patient's Name

MR#

The reason for this authorization is as follows:

- Patient is unable to sign because: _____

The reason I am qualified to sign is: (check one)

- 1. Guardianship – Attach copy of order appointing guardian.
- 2. Relative – State exactly how related.
- 3. Owner of Health Care Facility – State whether individual, partner, Stockholder, director or office, and state full name of facility.
- 4. If other than above – State with specificity why are you empowered to sign.

Patient's Representative Signature

____/____/____
Date

Witness Signature

____/____/____
Date