



# Derechos del Paciente

## Missouri

|   |   |
|---|---|
| Bienvenidos .....                               | 1 |
| Derechos y Responsabilidades del Paciente ..... | 2 |
| Seguridad del Paciente .....                    | 6 |
| Declaración de No Discriminación .....          | 7 |

|  |    |
|--|----|
| Asistencia Lingüística .....           | 8  |
| Programa de Asistencia Financiera..... | 10 |
| Directiva Medica Anticipada/Formulario | 11 |

# ***Bienvenidos a Freeman Health System***

Como paciente, usted tiene muchas opciones para sus necesidades de atención médica y le agradecemos sinceramente por elegir a Freeman Health System. Estamos dedicados a respetar su dignidad y honrar sus preferencias con respecto a su atención médica mientras mantenemos los más altos estándares de tratamiento.

Nuestro equipo está comprometido a brindar una atención excepcional a cada paciente. Si hay algo que podamos hacer para asistir durante su estancia, por favor no dude en comunicarse con nosotros. En Joplin, llame al 417.347.4940, en Neosho llame al 417.347.4300, y en Ft. Scott llame al 620.768.0388.

Saludos cordiales,



Matthew W. Fry  
Presidente y Director Ejecutivo

***Nuestra misión es mejorar la salud de las comunidades a las que servimos mediante soluciones de atención médica contemporáneas, innovadoras y de calidad.***

## **FREEMAN WEST**

Full-Service General Acute Care  
1102 W. 32nd St.  
Joplin, MO 64804  
417.347.1111

## **FREEMAN NEOSHO**

General Acute Care  
113 W. Hickory St.  
Neosho, MO 64850  
417.451.1234

## **OZARK CENTER**

Behavioral Health Services  
1105 E. 32nd St.  
Joplin, MO 64804  
417.347.7600

## **FREEMAN EAST**

Outpatient and Post-Acute  
Care Behavioral Health Services  
932 E. 34th St.  
Joplin, MO 64804  
417.347.1111

## **FREEMAN FORT SCOTT**

General Acute Care  
401 Woodland Hills Blvd  
Fort Scott, KS 66701  
620.768.0391



**FREEMAN**  
Health System

# Derechos y Responsabilidades del Paciente

---

## Acceso a cuidados y servicios

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- A recibir notificaciones de sus derechos de paciente por escrito e información concertando importantes pólizas del hospital y una lista de recursos de apoyo disponibles, como el comité de ética, abogado de paciente, y servicios espirituales o pastorales, Siempre que sea posible, antes de interrumpir o discontinuar la atención médica.
- A solicitar tratamiento y recibir un cuidado considerable y respetuoso del personal hospitalario.
- A recibir comunicación clara y efectiva que considere discapacidades auditivas, del habla, y barreras lingüísticas.
- A esperar servicios de salud medicamente apropiados del hospital dentro de sus capacidades. Aunque la referencia de tratamientos o traslado pueda ser medicamente apropiado, usted será informado de los riesgos, beneficios, y alternativas antes del traslado de su atención a otros proveedores de atención médica. Usted no será transferido del hospital hasta que otra institución acepte recibirlo/a para su cuidado.
- A expresar inquietudes que tenga sobre la atención que recibe y que dichas inquietudes sean revisadas y resueltas. Nos esforzamos para brindar la más alta calidad de cuidado y compasión y cumplir expectativas del servicio. Si usted tiene quejas, le sugerimos que primero lo comente con su enfermero/a, el supervisor del área, o su doctor. Si su queja no se resuelve, por favor solicite hablar con un representante de atención al paciente o contacte a Relaciones de Pacientes al 417.347.4940.
- A tener acceso interno (hospital) o externo del proceso para resolver quejas para revisar inquietudes o problemas más serios que puedan afectar la atención, y recibir una notificación escrita de cualquier decisión tomada con respecto a su reclamación. El número de teléfono y dirección del Departamento de Relaciones de Pacientes de Freeman y las agencias del estado serán listadas abajo.
- A esperar a que su médico y miembros familiares o representantes sean notificados de su admisión al hospital en la menor brevedad, a menos que usted solicite que no se haga.
- Al acceso de comunicaciones disponibles incluyendo correo y teléfonos, visitas permitidas a menos que alguno de los métodos de comunicación contraindiquen clínicamente su cuidado o seguridad. Sin embargo, cualquier restricción será explicada.

## A Recibir Tratamiento

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- A estar involucrado en el desarrollo e implementación de su plan de atención y recibir información de su médico para poder tomar decisiones informadas y consentimiento antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento. Excepto en emergencias, esta información por consentimiento informado deberá incluir, como mínimo, el procedimiento específico y/o tratamiento propuesto, los riesgos médicos más significativos, los beneficios del procedimiento, y las alternativas, si hay disponibles.
- A recibir atención medicamente necesaria y apropiada.
- A obtener información comprensible sobre su diagnóstico y estado de salud, tratamiento propuesto y el pronóstico, así como las implicaciones financieras asociadas con las opciones de tratamiento disponibles.
- A conocer el nombre del médico responsable de la coordinación de su cuidado, así como la identidad de otros miembros del equipo de atención medica que participen en su cuidado.
- A rechazar tratamiento, a la extensión que permita la ley, incluyendo ser informado de las consecuencias medicas del rechazo del tratamiento.

- A una evaluación apropiada y manejo de su dolor.
- A ser libre de restricciones o aislamiento que no sean medicamente necesarias o sean impuestas como método de coerción, disciplina, conveniencia, o represalia por parte del personal, o usado de una manera que no sea consistente con las regulaciones federales o estatales.
- Uso de restricciones o aislamiento por personal capacitado cuando sea necesario.
- A dar consentimiento o declinar a ser parte de investigaciones o procedimientos experimentales afectando su atención.
- A tener sus derechos protegidos durante investigaciones y pruebas clínicas involucrando sujetos humanos.
- A estar informado por el profesional responsable de su atención de cualquier continuación de necesidades de atención médica después del alta hospitalaria.
- A conocer si el hospital tiene relaciones con individuos externos que puedan influenciar su tratamiento y atención médica. Estas relaciones pueden ser con instituciones educativas, otros médicos o empresas de seguros.

## **Privacidad Personal y Confidencialidad**

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- A la confidencialidad y a la privacidad personal en relación con su programa de atención médica. Discusiones del caso, consultas, exámenes, y tratamiento son confidenciales. Aquellos no involucrados directamente en su cuidado deben tener su permiso para estar presente durante cualquier tratamiento médico o de enfermería, o discusiones sobre su atención médica.
- A recibir cuidados en un ambiente seguro, libre de abuso o acoso.
- A esperar que toda la comunicación o registros pertinentes a su atención sean tratados como confidenciales. Permisos en escrito son necesarios antes de que el hospital pueda liberar cualquier información sobre estados de salud, excepto a que la ley requiera lo contrario.
- Al acceso razonable y revisión de sus registros médicos.
- A recibir visitas que usted designe incluyendo, pero no limitando a un esposo/a, pareja doméstica, otro miembro familiar, o amistad sin importar raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, o discapacidad. Usted también tiene derecho a denegar o retirar los privilegios de visitas basado en sus preferencias.

*Por cuestiones de seguridad, ciertas áreas de la facilidad pueden estar bajo vigilancia de video y puede ser temporalmente grabado. La ubicación de cámaras de seguridad se ha realizado respetando el derecho de privacidad personal de los pacientes.*

## **Directiva Anticipada de Atención Médica y Decisiones del Final de Vida**

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- A informar al hospital de cualquier directiva anticipada de atención médica, como un testamento vital o poder notarial para atención médica, que exprese sus deseos de cuidado y tratamiento en caso de que no pueda expresar esos deseos. Si usted tiene una directiva anticipada por escrito, usted debe proporcionar copias a su médico, al hospital, y su familia. Si usted no tiene uno, pero desea recibir información sobre directivas anticipadas, nosotros podemos proporcionar esa información.
- A que las cuestiones relacionadas con el final de vida y su cuidado médico sean tratadas con dignidad y sensibilidad, y participar en cualquier discusión con respecto a problemas éticos que surjan en su cuidado.
- Si tiene alguna problema ético o inquietud sobre su atención médica o necesita asistencia con recursos comunitarios, le recomendamos que contacte al departamento de Atención al Paciente al 417.347.6677, al Departamento de Cuidado Pastoral al 417.347.6627, o al supervisor/a de enfermería a cargo.

- Una vez que se haya determinado un plan de atención acordado deberá seguir el plan de tratamiento establecido como plan de atención coordinado y las intervenciones para el alivio del dolor.
- A ser responsable de sus propias decisiones si usted rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional con respecto al plan de tratamiento.

## Facturación

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- A examinar y recibir la explicación de su factura del hospital.
- Al acceso del costo detallado cuando sea posible de los servicios rendidos dentro de un periodo de tiempo razonable.
- A ser informado de las fuentes de remuneración del hospital por sus servicios, y si alguna limitación la cual puede ser puesta en su atención médica.

## Preguntas o Quejas

Es política de Freeman Health System que nuestros pacientes sean informados de sus derechos y dado la oportunidad de presentar sus inquietudes, Si usted tiene inquietudes usted puede expresar sus preguntas a su médico o enfermero/a o solicitar al departamento de atención al paciente para que asista en mejorar su experiencia de atención médica.

Si usted tiene alguna pregunta en respecto a estos derechos, preocupación sobre problemas de seguridad, sobre alguna violación de derecho, o alguna queja que desee registrar de acuerdo a su cuidado médico, por favor hable con un supervisor de enfermería de la unidad en la que usted es paciente, o contacte a Relaciones de Pacientes al 417.347.4940. Las reclamaciones serán revisadas por un miembro de Relaciones de Paciente en los siguientes siete (7) días hábiles del recibo del paciente o supervisor de enfermería. Reclamaciones también pueden ser enviadas por correo a Relaciones de Paciente de Freeman al: Freeman Patient Relations, 1102 W 32nd St. Joplin, MO 64804.

Usted también puede entregar reclamaciones directamente al contactar al Departamento de Salud de Missouri y Servicios de Adultos, Missouri Department of Health and Senior Services, Bureau of Hospital Standards at PO Box 570, 920 Wildwood Dr., Jefferson City, MO 65102-0570; (Teléfono) 1.800.392.0210; (correo electrónico) [hospitalcomplaints@health.mo.gov](mailto:hospitalcomplaints@health.mo.gov).

Commence Health es una Beneficencia y Organización Familiarmente centrada para mejorar la Calidad (BFCC-QIO) que ayuda a los beneficiarios de Medicare con problemas relacionados con la calidad de atención, decisiones de cobertura, o altas hospitalarias prematuras para beneficiarios de Medicare que deseen una revisión esta Organización de Mejoramiento de Calidad. Usted puede llenar una reclamación al contactar la siguiente agencia; Commence Health, BFCC-QIO para Missouri, en PO Box 2687, Virginia Beach, VA 23450 (Teléfono) 1.888.755.5580 (TTY: 711); (correo electrónico); [LivantaQIO.cms.gov](mailto:LivantaQIO.cms.gov).

## Responsabilidades del Paciente

Como paciente, usted tiene la responsabilidad de:

### BRINDAR INFORMACION

- Brindar información correcta y completa con respecto a su estado de salud actual, quejas, historial médico pasado, y cualquier información que pueda afectar su tratamiento médico.
- Comuníquese con su médico o proveedor de atención medica si usted entiende o no el curso de su tratamiento médico y lo que se espera de usted.
- Informe a su médico que usted no desea ser fotografiado para cuestiones educacionales o documentación médica, a menos que lo requiera la ley.

## **PARTICIPAR EN TRATAMIENTO**

- Siga el plan de tratamiento establecido por su médico, incluyendo las instrucciones del personal de enfermería y otros profesionales de la salud al ejecutar las órdenes del médico
- Tome la responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias si se niega al tratamiento, no sigue las órdenes del médico o sale del hospital en contra de la recomendación de su médico
- Informe a su médico si desea modificar su directiva anticipada sobre atención médica
- Los pacientes deben asegurarse de cumplir con las obligaciones financieras relacionadas con la atención hospitalaria en un plazo razonable y asumir la responsabilidad personal del pago y la responsabilidad de cualquier servicio de atención privada.

## **CODIGO DE CONDUCTA**

En orden de brindar efectivamente un tratamiento médico para usted Freeman Health System requiere un compromiso de sus miembros, pacientes y visitas por igual. Confianza mutua y el respeto nos puede ayudar a brindar un plan de tratamiento correcto, en un ambiente seguro y respetuoso que promueve la sanación. Abajo, hemos listado el Código de Conducta y Expectativas para todos los Paciente y Visitas designadas a ayudar que su estancia hospitalaria, cita, o visita sea exitosa:

- Pacientes, visitas, y empleados se dirigirán entre ellos de una manera respetuosa.
- Pacientes, visitas, y empleados respetaran la privacidad de pacientes y la Información de Salud Protegida sus políticas y cumplir con los requisitos de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- Pacientes, visitantes y el personal se abstendrán de mostrar comportamientos amenazantes o abusivos entre sí. Tenemos una política de cero tolerancias ante comportamientos amenazantes o abusivos
- Profanidades, insultos raciales o culturales ni cualquier otro comentario despectivo hacia otras personas será tolerado. Esto incluye, entre otros: insultos o comentarios dirigidos a la edad, raza, etnia, religión, cultura, discapacidad, idioma, sexualidad u orientación sexual, identidad de género, estatus socioeconómico, estado civil, o ancestros.
- Armas, artículos ilegales o peligrosos, alcohol, marihuana y consumir drogas ilícitas, así como poseer parafernalia, están prohibidos en todas las áreas e instalaciones del campus.
- Pacientes y visitas no están permitidos que graben audio, vídeo o tomen fotografías en ninguna zona clínica, ni en zonas no clínicas donde puedan aparecer miembros del personal o pacientes, sin su consentimiento explícito.
- A los pacientes se les recomienda hablar con sus medico sobre un plan de tratamiento terapéutico.
- Este es un campus libre de humo. Está prohibido el consumo de tabaco en las instalaciones del campus.

## Las siguientes expectativas también son requeridas de todos lo hospitalizados o pacientes clínicos:

- Los pacientes permanecerán en la unidad por su seguridad y para facilitar la atención médica oportuna. Permanecer en la unidad permite realizar pruebas con rapidez, administrar medicamento a tiempo y recibir evaluaciones frecuentes por parte de los médicos. Abandonar la unidad podría considerarse una alta voluntaria en contra de la recomendación del médico y podría resultar en su alta definitiva.
- Los pacientes son responsables de proporcionar la información correcta y completa sobre su salud y antecedentes médicos. Los pacientes son responsables de informar al personal de salud sobre cualquier cambio en su estado de salud general, síntomas o alergias.
- Los pacientes son responsables de colaborar en el control del ruido en sus habitaciones y de cumplir con las reglas de visitas.
- Se espera que los pacientes asistan a sus citas programadas. Si no puede asistir a una cita, usted u otra persona debe avisar con suficiente antelación al departamento o consultorio donde está programada la visita. Freeman Health System puede dar de baja a los pacientes de un departamento o medico específico debido a comportamientos como los siguientes:
  - Citas perdidas repetidamente sin cancelación previa apropiada
  - Incumplimiento de seguimiento de un acuerdo relacionado con el uso de sustancias o problemas similares.
  - Incumplimiento de seguir el plan de tratamiento en equipo, un plan de tratamiento también se le llama “plan de cuidado”

Un entorno seguro y respetuoso es fundamental para promover un ambiente propicio para la recuperación; por lo tanto, si no se cumplen las expectativas mencionadas anteriormente

**Pacientes:** Si usted elige no cumplir con el plan de cuidado terapéutico o con las expectativas mencionadas anteriormente, podríamos darle de alta del hospital o cita. Para citas o ingresos posteriores, seguiremos nuestro protocolo habitual de continuidad de cuidados y procuraremos que sea atendido por el mismo equipo médico.

**Visitas:** Si usted no cumple con las expectativas mencionadas anteriormente, se le podrá pedir que abandone las instalaciones y se le podrán restringir futuras visitas.

El incumplimiento del Código de Conducta para Pacientes y Visitantes de Freeman Health System y de otras reglas aplicables puede resultar en acciones adicionales por parte de Freeman Health System. Estas medidas adicionales pueden incluir, sin limitarse a:

- La presencia del personal de seguridad de Freeman Health System durante las citas del paciente y cualquier otra interacción con el personal de Freeman Health System.
- Participación de las autoridades locales.
- Acción judicial por allanamiento de morada, comportamiento criminal o ambos.

# SEGURIDAD DEL PACIENTE

Durante su estancia en Freeman Health System, nos esforzaremos por brindarle la mejor atención posible.



## TENGA CUIDADO DE NO CAERSE

Llame a una enfermera antes de intentar levantarse de la cama. Levántese lentamente y use calcetines antideslizantes, pantuflas u otro calzado resistente a resbalones. Mantenga un camino libre de obstáculos que le permita moverse con libertad.



## PROTEJA SU PIEL

Para prevenir úlceras por presión, ajuste su posición en la cama con frecuencia y muévase tanto como pueda hacerlo de manera segura. Revise su piel todos los días y manténgala tan limpia y seca como sea posible.



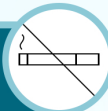
## LÁVESE LAS MANOS

Las manos limpias ayudan a reducir el riesgo de infección. Sus visitantes y quienes lo cuidan en casa también deben lavarse las manos o usar desinfectante con frecuencia.



## MANTÉNGASE EN MOVIMIENTO

Consulte con su enfermera cuándo es seguro levantarse. Mientras esté en cama, mueva suavemente las piernas y tobillos. Pregunte a su médico sobre dispositivos que ayudan a mejorar la circulación.



## NO FUMAR

Los pacientes que no fuman suelen recuperarse más rápido. Si fuma, hable con su médico sobre opciones para dejar de fumar. Este podría ser un buen momento para intentarlo.



## AVISE SI TIENE DOLOR

Informe a alguien si está experimentando dolor o efectos secundarios por los medicamentos. Preste atención a cómo se siente y comuníquelo.



## TOME SUS MEDICAMENTOS

Tome sus medicamentos exactamente como se le indicó su médico. Esté atento a los efectos secundarios y avise si experimenta alguna reacción adversa.

# **Informando Individuos sobre Requisitos de No Discriminación y Accesibilidad y Declaración de No Discriminación: La Discriminación está Prohibida por la Ley.**

---

Freeman Health System cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

Freeman Health System no excluye personas ni trata diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo

Freeman Health System:

Proporciona a las personas con discapacidad, adaptaciones razonables y ayudas auxiliares apropiadas y gratuitas y servicios para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Interpretes calificados de lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona asistencia de servicios de lenguaje gratuitos para personas cuyo primer idioma no es el inglés, puede incluir:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros lenguajes

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con un representante de admisiones, su enfermero/a o el Departamento de Relaciones con el Paciente de Freeman Health System.

Si considera que Freeman Health System no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Freeman Health System, con el Director de Gestión de Riesgos y Relaciones con el Paciente en 1102 W. 32nd Street, Joplin, MO 64804. 417.347.4940 [Teléfono], 417.347.3610 [Fax], Freeman Contactanos | Freeman Health System ([freemanhealth.com/contact-us](http://freemanhealth.com/contact-us)) [Página Web]. Usted puede reportar una queja en persona o por correo, fax, o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para reportar una queja, el Director de Gestión de Riesgos y Relaciones con el Pacientes de Freeman Health System está disponible para ayudarle.

Usted también puede reportar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S. Oficina de Derechos Civiles, vía electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Las formas de reclamaciones están en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Usted también puede reportar una queja de derechos civiles al Departamento de Missouri de servicios Sociales, Oficina de Derechos Civiles, por correo o teléfono al: Departamento de Servicios Sociales, Oficina de derechos Civiles, P.O. Box 1527, Jefferson City, MO 65102, 800.776.8014 [Teléfono], o 866.735.2460 [Voz]; 800.735.2966 [Texto]

Esta notificación está disponible en la página de Freeman Health System: Pacientes y Visitas | Freeman Health System [URL]: [freemanhealth.com/patients-and-visitors#964037043-2655426705](http://freemanhealth.com/patients-and-visitors#964037043-2655426705)

# Asistencia Lingüística

Asistencia lingüística se proporciona libre de cargo. Por favor contacte a un representante de Admisiones o enfermero/a si usted necesita asistencia lingüística.

## Servicios de Asistencia Lingüística para individuos con capacidad limitada del inglés.

1. **(Inglés)** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
2. **(Español)** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
3. **(Chino)** 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)。
4. **(Vietnamita)** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
5. **(Serbocroata)** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 417-347-1111 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1- 800-682-8786).
6. **(Alemán)** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche ilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
7. **(Árabe)** مقرب لصنتا. ناچملا ب كل رفاوتت ؤيوغلا ؤدعاسملا تامدخ نإف ، ؤغلا ركذا ثدحتت تنك اذا : ؤظوحلم همصلا مكبلاو : 1- 800-682-8786 . مقر (1111)
8. **(Coreano)** 주주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)번으로 전화해 주십시오.
9. **(Ruso)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 417-347-1111 (телетайп: 1- 800-682-8786).
10. **(Francés)** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 417-347-1111 (ATS: 1- 800-682-8786).
11. **(Tagalo – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
12. **(Alemán Pensilvano)** Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schpooch. Ruf selli Nummer uff: Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
13. **(Persa (Farsi))** امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالیهست ، دینک یم وگتفنگ یسراف نابز هب رگا : هجوت مهارف یم دشاب . اب (417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786) سامت دیریگب.

14. **(Oromo)** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
15. **(Portugués)** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)
16. **(Amháríco)** ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 417-347-1111 (መስማት ለተሳናቸው: 1- 800-682-8786).
17. **(Cheroqui)** Hagsesda: iyuhno hyiwoniha [tsalagi gawonihisdi]. Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)
18. **(Micronesio–Pohnpeian)** Ni songen mwohmw ohte, komw pahn sohte anahne kawehwe mesen nting me koatoantoal kan ahpw wasa me ntingie [Lokaiahn Pohnpei] komw kalangan oh ntingidieng ni lokaiahn Pohnpei. Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
19. **(Laosiano)** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອັດຕາສາມາດ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
20. **(Japonés)** 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。417-347-111 (TTY: 1- 800-682-8786) まで、お電話にてご連絡ください。
21. **(Hmong)** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
22. **(Suajili)** KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
23. **(Tailandés)** เรียน: ถ้า คุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทร 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
24. **(Urdu)** لاک - نیہ بایتسد نیم نغم نامدخ یک ددم یک نابز وک پآ وت، نیہ ے تلوب ودر ا پآ رگا: رادریخ (TTY: 1- 800-682-8786). ک
25. **(Birmanó)** သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 417-347-1111 (TTY: 1-800-682-8786) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

# Programa de Asistencia Financiera de Freeman Health System

---

El Programa de Asistencia Financiera del Sistema de Salud Freeman existe para proporcionar a los pacientes elegibles atención médica urgente o médicamente necesaria con descuentos parciales o totales. Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben presentar una solicitud para el programa.

## **ELIGIBILIDAD:**

Freeman ofrece asistencia financiera para pacientes elegibles que reciban atención urgente o médicamente necesaria en hospitales o clínicas de Freeman. Los servicios deben ser facturados por Freeman para calificar. Algunos servicios externos, como **patología, pueden calificar; los pacientes deben comunicarse directamente con esos proveedores.**

Para calificar, los pacientes deben haber recibido servicios elegibles, presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa con toda la documentación requerida y haber sido aprobados por Freeman.

## **CÓMO SOLICITAR:**

Los pacientes pueden descargar la Solicitud de Asistencia Financiera en [freemanhealth.com](http://freemanhealth.com), donde el formulario es editable. Los solicitantes pueden ingresar su información personal, guardar el formulario completado en su dispositivo y enviarlo por correo electrónico –junto con toda la documentación requerida– a nuestros Socios de Elegibilidad en [Elegibilidad\\_freemanfinancialassistance@freemanhealth.com](mailto:Elegibilidad_freemanfinancialassistance@freemanhealth.com).

**Alternativamente, pueden solicitar una solicitud en cualquier mostrador principal de registro dentro de hospitales o clínicas de Freeman. Las solicitudes también están disponibles en persona en el Departamento de Cuentas de Pacientes de Freeman, ubicado en: 3220 McClelland Boulevard, Joplin, Missouri. También puede comunicarse por teléfono al 417.347.6686 o presentar una solicitud por escrito.**

Si se envía por correo, la solicitud completada y toda la documentación requerida debe enviarse a: **Freeman Health System. Cuentas de Paciente 1102 W. 32nd St. Joplin, MO 64804**

## **DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA:**

Los pacientes pueden calificar para asistencia financiera. Se ofrecen descuentos de hasta el 100%, para quienes califiquen. La solicitud y la política vigente de asistencia financiera se encuentran en el sitio web del hospital.

Freeman revisa las solicitudes completas conforme a su Política de Asistencia Financiera. Las solicitudes incompletas no serán procesadas; sin embargo, se notificará al solicitante y se le permitirá proporcionar la información faltante.

## **¿Necesita ayuda? ¿Tiene preguntas?**

Para preguntas sobre transparencia de precios, solicitar un estimado de buena fe, o entender las protecciones bajo la Ley de Facturación sin Sorpresas (No Surprises Act), visite [freemanhealth.com](http://freemanhealth.com).

También puede comunicarse con Freeman Patient Accounts al **417.347.6686**, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 4:30 p.m., **para hablar con un representante.**

# Directiva Medica Anticipada y Poder Notarial Duradero de Atención Medica

## **Directiva Medica Anticipada: Protegiendo sus derechos**

Las directivas médicas anticipadas (AMD) le permiten proteger sus derechos si en algún momento usted no puede tomar decisiones o comunicarlas debido a una incapacidad física o mental. Como adulto con plena capacidad, usted tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico.

## **¿Qué es el Poder Notarial Duradero para Atención Medica?**

Un Poder Notarial Duradero para Atención Médica (DPOA) es un documento escrito en el cual usted designa a una persona (o personas) para actuar como su agente o representante y tomar decisiones de atención médica en su nombre si usted llega a ser incapaz de hacerlo. También puede incluir sus deseos con respecto a la donación de órganos, huesos o tejidos para trasplante en caso de su fallecimiento. Para que este documento sea válido, debe estar firmado y notariado o atestiguado:

En Kansas, su firma debe estar notariada o atestiguada por dos personas.

En Missouri: su firma debe ser notariada.

La misión del Sistema de Salud Freeman es apoyar el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. El personal de Freeman proporciona a los pacientes y sus familias información sobre instrucciones médicas anticipadas, directivas de tratamiento y poderes legales duraderos para atención médica.

## **Servicio Notarial**

Este servicio es únicamente para documentos relacionados con la atención médica, tales como directivas anticipadas y poderes legales duraderos para atención médica.

- Una directiva anticipada indica lo que debe hacerse si usted ya no puede tomar decisiones.
- Un Poder Notarial duradero para atención médica le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su salud si usted no puede tomarlas por sí mismo.
- Por favor entregue una copia de su directiva completada a su enfermera para que sea colocada en su expediente médico. Sus deseos no pueden ser respetados hasta que exista una copia física disponible.
- Si usted no tiene una directiva anticipada y desea una, le proporcionaremos la información necesaria para crearla.
- Nuestra política es respetar su directiva anticipada dentro de los límites de la ley y de la misión del Sistema de Salud Freeman, con algunas excepciones.
- Si tiene una orden de No Resucitar (DNR), esta será suspendida temporalmente durante cirugías o procedimientos.
- 

**Nota Importante:** Las directivas médicas anticipadas no entran en efecto mientras usted aún pueda comunicar sus deseos con respecto al tratamiento médico. Revise sus directivas con regularidad y actualícelas según sea necesario. Informe a su médico, familia y agente designado sobre cualquier cambio. Usted puede revocar o modificar su directiva en cualquier momento, ya sea de manera verbal o por escrito. Freeman respetará sus deseos según estén establecidos en un documento debidamente ejecutado



## **Directiva Medica Anticipada Incluyendo el Poder Notarial Duradero de Atención Medica**

Cuando seleccione su representante de atención médica, elija a alguien que lo/a conozca bien. Debe ser alguien en quien usted confíe y que respete su punto de vista y sus valores. Esta persona debe de ser capaz de tomar decisiones difíciles bajo estrés. Con frecuencia los miembros de familia son buena opción, pero no siempre. Es mejor elegir a alguien que siga con cercanía lo que usted quiere y será un buen abogado y defensor para usted. Tome el tiempo de discutir este documento y su punto de vista con la persona(s) que usted eligió para ser su representante.

Un agente de atención medica deberá tener mínimo 18 años de edad. Su representante de atención medica no puede ser su médico, o un empleado de su médico a menos que él o ella sea un pariente cercano. Este documento no le da a su representante de atención medica la autoridad de:

Tomar decisiones financieras o alguna decisión de negocios.

Hacer ciertas decisiones sobre tratamientos sobre su salud mental.

Para completar esta directiva anticipada

**Esta directiva anticipada está dividida en tres partes:**

Parte 1 - Mi agente de atención medica

Parte 2 – Declaración de deseos, institución de cuidados o limites

Parte 3 – Provisiones Generales

Siga las instrucciones en cada una de las tres partes

## PODER NOTARIAL DURADERO DE ATENCION MEDICA Y/O DIRECTIVA DE ATENCION MEDICA

(Escribir nombre completo) \_\_\_\_\_

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Hago este Poder Notarial Duradero y/o Directiva de Atención Médica para ejercer mi derecho a determinar el curso de mi atención médica y para proporcionar prueba clara y convincente de mis decisiones de tratamiento cuando no tenga la capacidad de tomar o comunicar mis decisiones. Mi intención es que este documento sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Las disposiciones de este documento son separables, de modo que la invalidez de una o más disposiciones no afectará a las demás.

### PARTE 1. PODER NOTARIAL DURADERO DE ATENCION MEDICA

(Si usted NO DESEA nombrar a alguien para que actúe como representante en la toma de decisiones, marque una "X" en la Parte 1 en las páginas 1 & 2 y continúe a la Parte 2.)

**1. Selección de Agente.**

Yo, (nombre impreso) \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ actualmente residente de  
 \_\_\_\_\_ Condado, \_\_\_\_\_ (Estado), designo a la siguiente persona como mi verdadero y apoderado  
 legal como ("Agente")

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Teléfono(s):** 1<sup>ro</sup> \_\_\_\_\_ 2do \_\_\_\_\_

**Agente Alternativo.** Si mi Agente renuncia, no puede o no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, o si el Agente nombrado por mí es mi cónyuge y estamos divorciados o legalmente separados, nombro a las siguientes personas, en el orden indicado, para servir como mis Agentes Alternos y para tener los mismos poderes que mi Agente

**Primer Agente Alternativo:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Segundo Agente Alternativo:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

2. **Durabilidad.** Este es un Poder Notarial Duradero, y la autoridad de mi Agente, cuando sea efectiva, no terminará ni será nula o anulable si llego a estar discapacitado o incapacitado, o si más adelante surge incertidumbre sobre si estoy vivo o muerto.
3. **Fecha de efectividad respecto a decisiones médicas.** Este Poder Notarial Duradero es efectivo para decisiones de atención médica cuando esté incapacitado y no pueda tomar o comunicar una decisión médica, según lo determine mi médico.



4. **Poderes de mi Agente:** Concedo a mi Agente plena autoridad en la toma de decisiones de atención médica, incluyendo:
- a. Dar consentimiento, prohibir o retirar cualquier tipo de atención médica a largo plazo, cuidados paliativos o de hospicio, atención médica, tratamiento o procedimiento, ya sea en mi residencia o en un centro fuera de ella, incluso si esto pudiera resultar en mi fallecimiento, incluyendo, pero no limitando a, una orden de no resucitación extrahospitalaria, con la siguiente autorización específica (**marque una de las siguientes casillas para indicar su preferencia**):
    - AUTORIZO**, a mi agente que dirija al médico que retenga o retire nutrición o hidratación artificial (incluyendo alimentación o hidratación vía sonda);
    - NO AUTORIZO** a mi Agente a indicar a un proveedor de salud que retenga o retire nutrición o hidratación artificial (incluyendo alimentación o hidratación por sonda);
  - b. Hacer todos los arreglos necesarios para servicios de atención médica y contratar o despedir al personal médico responsable.
  - c. Trasládame dentro o fuera de cualquier instalación de atención médica, residencial o de vida asistida, o de mi hogar (aun contra consejo médico) para implementar sus decisiones.
  - d. Realizar cualquier otra acción necesaria para cumplir con lo que autorizo aquí, incluyendo, pero no limitado a, otorgar cualquier exención o liberación de responsabilidad requerida por cualquier proveedor de atención médica y emprender cualquier acción legal, a cargo de mi patrimonio, para hacer cumplir este Poder Notarial Duradero para Atención Médica.
  - e. Recibir información relacionada con mi atención médica, obtener copias de mis expedientes médicos y revisarlos, otorgar consentimiento para la divulgación de mis expedientes médicos, y actuar como mi “representante personal”, según se define en las regulaciones [45 C.F.R. 164.502(g)] promulgadas conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”);
5. **Fecha de efectividad respecto a otras autoridades.** Además de los poderes establecidos anteriormente, autorizo, con efecto a partir de mi firma y sin necesidad de una certificación de incapacidad por parte de un médico, que mi Agente tenga uno o más de los siguientes poderes (marque sus opciones):
- Determinar qué sucederá con mi cuerpo después de mi muerte (autoridad relativa al derecho de sepultura).
  - Dar consentimiento, después de mi muerte, para una autopsia o examen postmortem de mis restos.
  - Delegar el poder de toma de decisiones de atención médica a otra persona (“Delegado”) seleccionada por mi Agente, y dicha persona deberá ser identificada por escrito por mi Agente.

Con respecto a donaciones anatómicas de mi cuerpo o de cualquier parte (ejemplo., órganos o tejidos), por favor coloque sus iniciales junto a la opción que corresponda:

- AUTORIZACIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA.** Deseo AUTORIZAR a mi Agente para realizar una donación anatómica de mi cuerpo o de alguna parte del mismo (órgano o tejido)

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Mis donaciones son para los siguientes propósitos:</b> (marque sus elecciones deseadas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Trasplante</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Terapia</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Investigación</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Educación</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Todas las anteriores</b></li> </ul> | <p><b>ESPECIFICACION DE DONACION:</b> Me gustaría donar (marque las opciones deseadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Cualquier órgano y tejido necesario, según lo permita la ley.</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Cualquier órgano y tejido necesario según lo permita la ley, con las siguientes restricciones:</b></li> </ul> |
|---|---|

- PROHIBICIÓN DE DONACIONE ANATÓMICA. NO AUTORIZO a mi Agente** a realizar una donación anatómica de mi cuerpo ni de ninguna parte del mismo (órgano o tejido)



## PARTE 2. DIRECTIVA DE ATENCION MEDICA

(Si usted **NO DESEA** hacer una *directiva de atención médica*, pero solo desea tener un *Agente que tome decisiones sin la directiva*, asegurarse de tener completada la *Parte 1 en las páginas 1 & 2*, marca con "X" hasta la *Parte 2 en las páginas 2 & 3* y continuar a la *Parte 3.*)

1. Hago esta DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA ("Directiva") para ejercer mi derecho a determinar el curso de mi atención médica y proporcionar pruebas claras y convincentes de mis elecciones e instrucciones sobre mi tratamiento.
2. Si estoy persistentemente inconsciente o no existe una expectativa razonable de recuperación de una enfermedad o condición gravemente incapacitante o terminal, ordeno que los procedimientos para prolongar la vida que yo haya inicialado a continuación sean retenidos o retirados:
  - a.  **Nutrición e hidratación suministradas artificialmente** (*incluyendo alimentación e hidratación por sonda*)
  - b.  **Antibióticos**
  - c.  **Cirugía u otros procedimientos invasivos**
  - d.  **Todos los demás procedimientos médicos o quirúrgicos "para prolongar la vida"** (*que sean meramente con el propósito de mantenerme con vida sin esperanza razonable de mejorar mi condición o curar mi enfermedad o lesión*).
  - e.  **Resucitación Cardiopulmonar (RCP)**
  - f.  **Díálisis**
  - g.  **Ventilador Mecanico (respirador)**
  - h.  **Quimioterapia**
  - i.  **Radioterapia**
  - j.  **Otros procedimientos especificados por mi:** \_\_\_\_\_  
(Por favor describa)
3. Sin embargo, si mi médico considera que cualquier procedimiento destinado a prolongar la vida puede conducir a una recuperación que sea significativa para mí —según lo haya comunicado yo o mi Agente a mi médico— entonces ordeno a mi médico intentar dicho tratamiento durante un período de tiempo razonable.  
Si dicho tratamiento no mejora mi condición, ordeno que el tratamiento sea retirado, aun si ello acorta mi vida. También ordeno que se me proporcione tratamiento médico para aliviar el dolor o brindarme comodidad, incluso si dicho tratamiento pudiera acortar mi vida, disminuir mi apetito, afectar mi respiración o causar dependencia.
4. Si he elegido no recibir procedimientos destinados a prolongar la vida (si he marcado todas las casillas anteriores), por favor marque una de las siguientes opciones):  DESEO RECIBIR o  NO DESEO recibir cuidados paliativos; cuidados de hospicio; medicamentos para la ansiedad, el dolor y/o el malestar; trocitos de hielo; hisopos bucales; ni ninguna otra medida de comodidad.
5. Si ya he otorgado consentimiento para estar registrado en el registro estatal aplicable de donación de órganos y tejidos, o si mi Agente ha autorizado la donación de mis órganos o tejidos, entiendo que podría ser necesario mantener mi cuerpo artificialmente después de mi muerte hasta que mis órganos o tejidos puedan ser removidos.

**SI NO HE DESIGNADO A UN AGENTE EN EL PODER NOTARIAL DURADERO, LA PARTE II DE ESTE DOCUMENTO DEBERÁ ESTAR EN PLENA VIGENCIA Y EFECTO COMO MI DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA**



### PARTE 3. DISPOSICIONES GENERALES INCLUIDAS EN EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA

1. **Relación entre el Poder Notarial Duradero para la Atención Médica y la Directiva de Atención Médica.** Relación entre el Poder Notarial Duradero para Atención Médica y la Directiva de Atención Médica. Si he ejecutado tanto el Poder Notarial Duradero para Atención Médica como la Directiva de Atención Médica, insto a mi Agente a:
  - a. Primero, seguir mis decisiones tal como se expresan en la Directiva o según lo que mi Agente sepa de mí o nuestras conversaciones previas acerca de decisiones relacionadas con procedimientos para prolongar la vida.
  - b. Segundo, si mi Agente no conoce mis decisiones para la situación específica, pero tiene evidencia de mis preferencias, mi Agente puede determinar cómo yo decidiría. Mi Agente debe considerar mis valores, creencias religiosas, decisiones pasadas y declaraciones previas. El objetivo es decidir como yo decidiría, incluso si no es lo que el Agente elegiría para sí mismo.
  - c. Tercero, si mi Agente tiene poco o ningún conocimiento de mis posibles decisiones, entonces mi Agente y mis médicos deberán tomar una decisión basada en lo que una persona razonable en la misma situación decidiría. Confío en la capacidad de mi Agente para tomar decisiones en mi mejor interés si no cuenta con suficiente información para seguir mis preferencias.
  - d. Finalmente, si el Poder Notarial Duradero para Atención Médica se considera ineficaz o si mi Agente no puede cumplir su función, la Directiva de Atención Médica deberá utilizarse por sí sola como instrucciones firmes para mis proveedores de salud en cuanto a procedimientos destinados a prolongar la vida.
2. **Protección para terceros que confían en mi Agente.** Ninguna persona que confíe de buena fe en cualquier representación hecha por mi Agente o Agente Alterno será responsable ante mí, mi patrimonio, mis herederos o cesionarios por reconocer la autoridad del Agente.
3. **Revocación de un Poder Notarial Duradero para Atención Médica o una Directiva de Atención Médica Previa.** Revoco cualquier testamento vital, declaración o directiva de atención médica que haya ejecutado previamente. Si he designado un Agente en un Poder Notarial duradero anterior, revoco dicho Poder Notarial duradero previo o cualquier término relacionado con la atención médica contenido en él. Mi intención es que este Poder Notarial Duradero para Atención Médica (si se completa) y esta Directiva de Atención Médica (si se completa) sustituyan y reemplacen cualquier documento anterior.
4. **Validez.** Este documento tiene la intención de ser válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Sus disposiciones son separables, de modo que la invalidez de cualquier parte no afectará las demás. Una copia de este documento será tan válida como el original.

**SI HA COMPLETADO TODO EL DOCUMENTO O SOLO LA DIRECTIVA (PARTE II), DEBE FIRMAR ESTE DOCUMENTO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS.**

**EN FE DE LO CUAL**, firmo este documento en \_\_\_\_\_ (mes, día), \_\_\_\_\_ (año).

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

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

**Testigos:** La persona que firmó este documento está en pleno uso de sus facultades mentales y lo firmó voluntariamente en nuestra presencia. Cada uno de los testigos que suscribe tiene al menos dieciocho años de edad.

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

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO NOTARIAL**

**(Solo requerido si Parte 1 o el documento entero esta completado)**

**ESTADO DE \_\_\_\_\_ )**  
**CONDADO DE \_\_\_\_\_ )SS**

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_\_ (año), ante mí compareció

\_\_\_\_\_ a quien conozco (o quien me fue debidamente acreditado) como la persona descrita en y que ejecutó el instrumento precedente, y quien reconoció haberlo suscrito y ejecutado como su acto y hecho libre y voluntario.

**EN FE DE LO CUAL**, extendiendo la presente firma y sello oficial en el condado o ciudad y estado arriba mencionados, en la fecha antes indicada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Notario Público  
(Nombre)

