



**HOME HEALTH SOLUTIONS GROUP, INC.
AUTHORITY TO SIGN ON BEHALF OF THE PATIENT
AUTORIZACION PARA FIRMAR EN LUGAR DEL PACIENTE**

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient.
El firmante de abajo tiene la autoridad para firmar documentos con referencia al paciente cuyo nombre esta escrito abajo.

Patient Name/Nombre del Paciente _____ MR# _____

The reason for this authorization is as follows:
La razon por la cual esta autorizacion es necesaria es la siguiente:

Patient is unable to sign because: _____
Paciente no puede firmar porque: _____

The reason I am qualified to sign is (check one)
La razon por la cual tengo la autoridad para firma res (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 relacion.
3. Owner of a Health Care Facility – State whether individual, partner, stockholder, director or officer and state full name of the facility.
Dueño de un centro de cuidados medicos – Indique si es individual, asociado, director, accionista u oficial e indique el nombre complete del centro.
4. If other than above – State with specifics why you are empowered to sign.
Si hay otras razones que no fueron nombradas, indique especificamente por que usted tiene el poder de firmar.

Signature / Firma

Date / Fecha

Witness / Testigo

Date / Fecha

10300 Sunset Drive, Suite 232 Miami, FL 33173 T-786-991-2300 F-786-991-2304

www.hhsgroup.net www.homeeldercareflorida.com