



RECONOCIMIENTO DE LA DIRECTIVA ANTICIPADA

Nombre del paciente: Último _____ Primero _____

** Segundo Nombre (si corresponde): _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Por favor, lea e inicialice lo siguiente:

1. He firmado un formulario de consentimiento con respecto a mi derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico

_____ **Iniciales**

2. Entiendo que no estoy obligado a tener una directiva avanzada para recibir tratamiento médico en este centro de atención médica

_____ **Iniciales**

Compruebe una de las siguientes declaraciones:

___ He ejecutado una Directiva Avanzada para la salud

___ NO he ejecutado una Directiva Avanzada para la salud

Firma: _____

Fecha: _____

Personal de la oficina: _____

Fecha: _____