

INSTRUCCIONES PREVIAS

Nombre: _____

No. De Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Por favor leer las siguientes cuatro declaraciones. Poner sus iniciales después de cada declaración.

Iniciales

1. Se me ha proporcionado información por escrito sobre mi derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico. _____
2. Se me ha informado sobre mi derecho de llenar un formulario de instrucciones previas. _____
3. Entiendo que no se requiere tener instrucciones previas para recibir tratamiento en este centro de atención médica. _____
4. Entiendo que los términos de las instrucciones previas que he firmado serán acatados por este centro de atención médica y las personas autorizadas para mi cuidado hasta donde sea permitido por la ley. _____

POR FAVOR ESCOJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- LLENE** un formulario de instrucciones previa.
- NO HE LLENADO** un formulario de instrucciones previas.

Firma del Paciente

Fecha / Hora

Firma de Testigo

Fecha / Hora

Firma de Testigo

Fecha / Hora

