

ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE
 (California Probate Code Section 4701)
DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA ANTICIPADA
 (Códiga Antenticado Sección 4701 de California)

Dear Patient:

As your physician, we are required to ask any patient over the age of 18 if they have an existing Advance Health Care Directive so that we can incorporate the information into your medical record. You are not required to give us this information, but we are required to ask. Please complete this form and return it to the receptionist.

Thank You.

Estimado(a) Paciente:

Como su médico, es necesario que yo le pregunte a cualquier paciente mayor de 18 años de edad si tiene una Directiva de Atención Médica Anticipada para que podamos incorporar la información a nuestro expediente médico. No es necesario que Ud. nos proporcione esta información, pero es necesario que yo se lo pregunte. Por favor llene este formulario y regréselo a la recepcionista.

Gracias

PATIENT NAME: _____ SS #: _____
(last 4 digits)

NOMBRE DE(L)(LA) PACIENTE: _____ # SS: _____
(los últimos cuatro dígitos)

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

FIRMA DE(L)(LA) PACIENTE: _____ FECHA: _____

- I decline to answer these questions Yes No
- Me rehúso a contestar estas preguntas Sí No
- Do you have an Advance Health Directive? Yes No
- ¿Tiene una Directiva Médica Anticipada? Sí No

If yes, please indicate which type of Directive:

De ser así, indique que tipo de Directiva:

- Durable Power of Attorney for Healthcare
- Poder Notarial Duradero para Atención Médica
- California Natural Death Act
- Decreto de Muerte Natural de California
- Living Health Care Will
- Testamento (para que no se le prolongue la vida en caso de peligro de muerte) de Atención Médica
- Other: _____
- Otro: _____

- Will you bring us a copy of your Directive? Yes No
- ¿Nos traerá Ud. una copia de su Directiva? Sí No

INTERNAL OFFICE USE ONLY	PARA USO INTERNO SOLAMENTE
TYPE OF HEALTH CARE DIRECTIVE RECEIVED: DATE RECEIVED	TIPO DE DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA: FECHA RECIBIDA
Durable Power of Attorney for Health Care _____	Poder Notarial Duradero para Atención Médica _____
California Natural Death Act _____	Decreto de Muerte Natural de California _____
Living Health Care Will _____	Testamento (para que no se le prolongue la vida en caso de peligro de muerte) de Atención Médica _____
Other: _____	Otro: _____