



Reconocimiento de Directivas Anticipadas

Por la presente, reconozco que mi médico me ha informado de mi derecho a ejecutar una directiva anticipada para la atención médica.

Por favor, lea y compruebe las siguientes declaraciones:

1. He ejecutado una Directiva Anticipada.
[] Si [] No
2. Me han dado materiales escritos sobre mis derechos.
[] Si [] No
3. Me gustaría recibir información adicional sobre las Directivas Anticipadas.
[] Si [] No
4. He recibido la información adicional sobre las Directivas Anticipadas.
[] Si [] No

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha : _____