

ADVANCE DIRECTIVE

I have been informed of my right to formulate an Advance Directive and I have been provided with information regarding the execution of an Advance Directive.

Please check one of the following:

I have previously completed an Advance Directive and have provided a copy for inclusion in my record.

A copy of my Advance Directive is on file with

(Physician or health care facility)

I have not executed an Advance Directive and I am not interested in any further information.

I am interested in the formulation of an Advance Directive and will discuss my options with my primary care provider.

Patient's Signature

Date

Comments:

The patient was given a information on Advance Directives.

Staff's Signature

Date

Patient Name:

Date of Birth:

760.202.0686



www.indusmedicalassociates.com



35400 Bob Hope Drive, Suite 209
Rancho Mirage, CA, 92270



DIRECTIVA ANTICIPADA

He sido informado de mi derecho a formular una Directive Anticipada y he estado proporcionado con informacion sobre la ejecucion de una Directive Anticipada.

Por favor marque uno de los siguientes:

Previamente hayan completado una Directiva Anticipada y han proporcionado una copia para su inclusion en mi registro.

Una copia de mi Directiva Anticipada es archivada con

(Centro Medico o Cuidado de salud)

No he ejecutado una Directiva Anticipada y no estoy interesado en obtener mas informacion.

Estoy interesado en la formulacion de Directiva Anticipada y discutira las opciones con mi proveedor de atencion medica.

Firma De Paciente

Fecha

Comentario:

El Paciente recibio una informacion sobre las Directivas Anticipadas.

Firma Del Personal

Fecha

Nombre del paciente:

Fecha De Nacimiento:

760.202.0686 

www.indusmedicalassociates.com 

35400 Bob Hope Drive, Suite 209
Rancho Mirage, CA, 92270 

