

Fecha \_\_\_\_\_

**Directiva Anticipada de Atención de Salud**

Como su médico, tengo la obligación de solicitar a cualquier paciente de más de 18 años si tienen una directiva de Atención Médica Avanzada existente, de modo que yo o mi personal pueda incorporar la información en su expediente médico. Usted no está obligado a darnos esta información, pero nos vemos obligados a preguntar. Por favor, complete abajo.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- 1. Me niego a responder a estas preguntas. ?Si ?No
- 2. ¿Usted tiene una directiva avanzada de atención médica? ?Si ?No
- 3. En caso afirmativo, indique qué tipo:
  - #1 ?Poder notarial duradero para el cuidado de la salud
  - #2 ?California acta de muerte natural
  - #3 ?Testamento de cuidado de salud
  - #4 ?Otro: \_\_\_\_\_
- 4. ¿Nos traería una copia de su directiva? ?Si ?No

**Sólo Para Uso Interno De La Oficina**

Tipo de Directiva: \_\_\_\_\_  
Fecha Recibida: \_\_\_\_\_

**Exención de Elegibilidad de los Miembros de Seguro**

Verificación de su seguro (ej. HMO, PPO, EPO, POS, etc) la cobertura de las prestaciones de salud no se puede hacer en este momento. Los servicios se prestarán a usted durante esta visita. Sin embargo, en el caso de que su cobertura no sea eficaz, usted será responsable de todos los pagos.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Tel. Suscriptor (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_

Medicare # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del Suscriptor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

**Consentimiento General**

Por la presente autorizo y solicito a los procedimientos de diagnóstico (ej. X-rays, análisis de sangre, el tratamiento médico) y el tratamiento se considere conveniente por el personal profesional de esta práctica. Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hablar de ello, y cualquier pregunta que había han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal. Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_