



ADVANCED DIRECTIVE ACKNOWLEDGEMENT
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO
DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

MRU01845 (02/04/13)

Page 1 of 1

- | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Do you know what an Advance Directive is?
<i>¿Sabe lo que es una instrucción anticipada?</i> | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| 2. Have you created a Health Declaration (Living Will)?
<i>¿Ha escrito una declaración de salud (testamento en vida)?</i> | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| 3. Have you created a Durable Power of Attorney?
<i>¿Ha escrito un poder legal duradero?</i> | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| 4. Did you bring a copy of your Advance Directive(s)?
<i>¿Trajo una copia de sus instrucciones anticipadas?</i> | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| 5. Do you wish to review and/or revise your Advance Directive(s)?
<i>¿Desea revisar o modificar sus instrucciones anticipadas?</i> | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |

Signature of Intake Person*: _____ Time: _____ Date: _____
Firma de la Persona de Admisión Hora Fecha*

* If intake person is completing entire form, sign below only. / *Si la persona que realiza el ingreso va a llenar todo el formulario, sólo firme a continuación.*

*****REMAINDER OF FORM TO BE COMPLETED BY NURSE DURING ADMITTING PROCESS*****
***** EL RESTO DEL FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR LA ENFERMERA DURANTE EL PROCESO DE ADMISIÓN *****

If you did not bring a copy of your Advance Directive and/or Health Declaration (Living Will), please state your desires for health care and treatment and/or the name of your Power of Attorney so that the hospital may provide care that is appropriate to your wishes:
Si no trajo una copia de sus instrucciones anticipadas o de su declaración de salud (testamento en vida), señale sus deseos para su atención de salud y tratamiento o el de la persona designada mediante un poder legal, de manera que el hospital pueda brindar la atención que se ajuste a sus deseos:

- It has been explained to me that I should still provide a copy of my Advance Directive and/or Health Declaration (Living Will) to the hospital as soon as possible.
Se me ha explicado que aún debo proporcionarle al hospital una copia de mis instrucciones anticipadas o de mi declaración de salud (testamento en vida) lo antes posible.
- I have received "The Patient Handbook" that provides written education on Advance Directive and information advising me of my rights to make decisions concerning my medical care. This information included the right to accept or refuse medical or surgical treatment.
He recibido el "Manual del paciente", que proporciona información escrita sobre instrucciones anticipadas y que me asesora sobre mis derechos de tomar decisiones acerca de mi atención médica. Esta información incluye el derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos.

Patient's Signature: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del Paciente Hora Fecha

Patient Unable To Sign - Reason: _____ Time: _____ Date: _____
El paciente no puede firmar - Motivo Hora Fecha

Guardian / Family / Significant Other Signature: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del Tutor Legal / Familiar o Pareja Hora Fecha

Hospital Representative: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del Representante del Hospital Hora Fecha

Requests for Completed Advance Directive:

1. _____ Date _____ Time _____ 2. _____ Date _____ Time _____ 3. _____ Date _____ Time _____