Fecha: _____

_____ reporta que el/ella no ha preparado un directivo por anticipado para el cuidado de salud.

Persona recibiendo esta información: _____

Fecha: _____

A todo proveedor de cuidado de salud se le informa que _____ ha preparado un directivo por anticipado para el cuidado de salud, el cual esta adjunto o esta disponible de: (nombre, direccion, telefono):

_____

_____ Persona recibiendo esta información:

_____ _____

_____

Fecha: _____

A todo proveedor de cuidado de salud se le informa que _____ ha preparado un directivo por anticipado para el cuidado de salud, el cual esta adjunto o esta disponible de: (nombre, direccion, telefono):

_____

_____ Persona recibiendo esta información:

_____ _____

_____

Fecha: _____

A todo proveedor de cuidado de salud se le informa que _____ ha preparado un directivo por anticipado para el cuidado de salud, el cual esta adjunto o esta disponible de: (nombre, direccion, telefono):

_____

_____ Persona recibiendo esta información:

_____ _____

_____

_____
Firma de Cliente

ADVANCED DIRECTIVES NOTICE
County of San Bernardino
DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
Confidential Patient Information
See W&I Code 5328

NAME:

CHART NO:

DOB:

PROGRAM: