

# FOUR SEASONS SURGERY CENTERS

## ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE ACKNOWLEDGEMENT

Do you have an Advance Health Care Directive?  yes  no

If you HAVE a Directive, do you have a copy with you?  yes  no

If you HAVE a Directive but do not have a copy with you,  
who is the person making medical decisions for you if you are not able?

Name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

If you DO NOT have a Directive, would you like a sample form?  yes  no

---

\_\_\_\_\_  
patient/guardian/conservator signature

\_\_\_\_\_  
witness

## CONFIRMACIÓN DE INSTRUCCIÓN ANTICIPADA PARA ATENCIÓN MÉDICA

¿Tiene una Instrucción Anticipada para Atención Médica?  sí  no

Si tiene una Instrucción Anticipada, ¿tiene una copia con usted?  sí  no

Si tiene una Instrucción Anticipada pero no tiene una copia con usted,  
¿quién es la persona que va a tomar decisiones medicas por usted si usted no puede hacerlo?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si NO tiene una Instrucción Anticipada, ¿desea que le proporcionemos una muestra del formulario?  sí  no

---

\_\_\_\_\_  
firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
testigo

**FOUR SEASONS SURGERY CENTERS**

ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE  
ACKNOWLEDGEMENT FORM

P  
A  
T  
I  
E  
N  
T  
  
I  
D