



ADVANCE DIRECTIVE QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO SOBRE DIRECTIVAS AVANZADAS

- 1) Have you formulated an Advance Directive?
Ha formulado usted una Directiva Avanzada? No Yes / Si
- 2) If you have formulated an Advance Directive, please check the type of directive:
Si ya ha formulado una Directiva Avanzada, por favor marque el tip que tiene
:
- a) Durable power of attorney for health care: /
Poder Durable de Abogado para Cuidado de Salud: _____
- b) California Natural Death Act: / *Acta de California de Muerte Natural*

- c) Living Health Care Will: / *Testamento de Cuidado de Salud en Vida:* _____
- d) Other: / *Otro:* _____
- 3) If you have formulated an Advance Directive, you hereby agree to furnish _____
with a copy within _____ days. /
Si ya usted ha formulado una Directiva Avanzada, acepta entregarnos una copia a
_____ *dentro de* _____ *dias.*
- 4) If you change, amend, alter or cancel your Advance Directive, you hereby agree to notify
_____ and provide _____ with a copy as soon as possible so that your
physician will be able to comply with your wishes. /
Si cambia, enmienda, altera o cancela su Directiva Avanzada acepta notificar a _____
Y proveer a _____ *a con una copia tan pronto le sea posible para que su medico de*
cabecera pueda cumplir con sus deseos.
- 5) Expiration date of Advance Directive, if any: _____.
(If the Advance Directive was formulated before 1991, it is "good" for only seven years. Advance Directives formulated after 1991 are "good"
indefinitely; unless you change/amend/cancel the Directive) /
Fecha de expiracion de la Directiva Avanzada, si la tiene _____.
(Si su directiva Avanzada fue formulada antes de 1991, estara vigente por solo 7 anos. Si fue formulada despues de 1991, estas estaran
vigentes indefinidamente a menos de que usted las cambia, enmiende o cancele).
- 6) I would like more information about Advance Directives. /
Quisiera mas informacion sobre Directivas Avanzadas. No Yes / Si
- 7) I do not wish to formulate or have an Advance Directive. /
No me interesa ninguna information acerca de Directivas Avanzadas. No Yes / Si

Patient Name / *Nombre de Paciente:* _____

Patient Signature / *Firma de Paciente:* _____ Date / *Fecha:* _____