

Advance Directives Statement

Florida lawmakers have expressed concern about the number of people in this state who lack the capacity to make decisions about their health care. These people may not have family or a guardian who can make decisions for them. Therefore, a new law has been enacted which requires hospitals to ask the following questions:

(Los legisladores de Florida han expresado su preocupación por el número de habitantes de este estado que carecen de la capacidad necesaria para tomar decisiones acerca de su cuidado de la salud. Estas personas pueden no tener familia o un tutor que pueden tomar decisiones por ellos. Por lo tanto, se ha promulgado una nueva ley que requiere que los hospitales hagan las siguientes preguntas):

1. Do you have a Living Will? (Tienes un testamento de vida?)

Yes (Si) No If Yes, attach copy (Si tienes un testamento, adjuntar copia.)

2. Do you have Durable Power of Attorney? (Hay Poder Legal duradero asignado?)

Yes (Si) No If Yes, attach copy (Si tienes, adjuntar copia.)

3. Have you completed a legal document designating anyone (other than your family or a guardian) to make health care decisions for you, in the event you were incapacitated and could not make them yourself?

(Ha completado un documento legal designado a alguien (aparte de su familia o un tutor) para tomar las decisiones de salud por usted, en el caso de que usted se encuentra incapacitado para tomarlas?)

Yes (Si) No If Yes, who? (Si tienes, quién es?)

Name (Nombre): _____ Phone (Telefono): _____

4. Is this person aware of your choice? (Esta persona es consciente de su decision?)

Yes (Si) No

Patient's Signature or Patient's Representative
(Firma del paciente o representante del paciente)

Date
(Fecha)

Printed Name of Patient's Representative
(Escribir nombre del representante del paciente)

Relationship to Patient
(Relación con paciente)