

Fecha: _____

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

Persona recibiendo esta información: _____

Firma de Cliente

Fecha: _____

A todo proveedor de cuidado de salud se le informa que _____ ha preparado una directiva 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

Fecha: _____

A todo proveedor de cuidado de salud se le informa que _____ ha preparado una directiva 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

**Advance Health Care Directive
County of San Bernardino
DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
Confidential Patient Information
See W & I Code 5328**

NAME:
CHART NO:
DOB:
PROGRAM: