

## Advance Directives Statement Form (Declaración de Directivas Anticipadas)

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? (¿Tiene un Testamento de Vida?)

**Yes (Si)** If yes, please provide us with a copy.  
(Si tiene un testamento, favor traer copia.) **No**

### 2. Do you have Durable Power of Attorney? (¿Tiene un Poder Legal Duradero?)

**Yes (Si)** If yes, please provide us with a copy.  
(Si tiene un testamento, favor traer copia.) **No**

### 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?

(¿Tiene algún documento legal asignando a alguien (otra persona además de su familia) para tomar decisiones médicas por usted, en el caso que usted se encuentra incapacitado para tomarlas?)

**Yes (Si)** If yes, who? (¿Si tienes, quien es?) **No**

**Name:** \_\_\_\_\_  
(Nombre)

**Phone:** \_\_\_\_\_  
(Teléfono)

### 4. Is this person aware of your choice? (¿Esta persona esta de acuerdo con 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)