

## **DIRECTIVA AVANZADA**

Todos los adultos en centro de salud en el estado de la Florida, tienen derecho a una “directiva avanzada”. Esto es un acuerdo oral o escrito hecho en la presencia de testigos y hecho antes de enfrentar una enfermedad o percance medico de seneda en el cual se deja cuales decisiones medicas se han de tomar. La directiva avanzada por usted deja de dejar dicho su preferencia o nombre de la persona que tomara las decisiones por usted si usted no puede tomar decisiones acerca de su tratamiento medico. Una directive avanzada, le permitiria tomar estas decisiones.

Ha hecho usted Testimonio de Vida? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
(Si contesta que si, favor de proveernors con una copia)

Autorizo la entrega de cualquier informacion medica que sea necesaria para obtener el pago de beneficios medicos de mi compania de seguro de salud. Autorizo a mi compania de seguro a pagarle al doctor cualquier beneficio medico acuerdo a los servicios prestados. Entiendo que yo soy responsable por deducibles, co-pagos y cualquier otro cargo que mi companie aseguradora no pague.

### **Los co-pagos y deducibles se han de pagar en el momento de una visita a la oficina.**

Nuestra poliza es que esperemos el pago complete al momento que los servicios sean ofrecidos a menos que se hayan hecho otros arreglos de pago con anticipacion. Si usted es participe de alguno de nuestros programas de seguros contratados, le enviareos la cuenta a su seguro. Verification de su seguro, deducible y co-pago antes de su visita a la oficina sera necesario.

A mi major conocimiento, toda la informacion antes mencionada es correcta. Yo entiendo y estoy disuesto (a) a seguir la poliza financier de esta oficina.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRA: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA MOLDE: \_\_\_\_\_

