

Directiva anticipada

Tengo una directiva anticipada :

Mi nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Mi instrucción anticipada está archivada en:

Hospital: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Mi agente de salud es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Teléfono móvil _____

Mi médico es:

Nombre: _____

Teléfono de oficina: _____