**I. Para uso de la Oficina de Ingreso:**

* No tiene Instrucciones Anticipadas y no desea ejecutarlas.
* No tiene Instrucciones Anticipadas pero expresa su deseo de ejecutarlas. (El personal de la Oficina de Ingreso le enviará una copia de este formulario al Defensor de Derechos Humanos).
* Afirma tener Instrucciones Anticipadas formalizadas pero no están en su poder.
* Se intentó obtener la firma para el Formulario de Instrucciones Anticipadas pero el paciente se rehusó.

**I. Admission Office Use:**

* Does not have an Advance Directive and does not wish to execute one.
* Does not have an Advance Directive but expresses in executing one. (Admissions Office staff will forward a copy of this form to the Human Rights Advocate).
* Claims to have an executed Advance Directive but not in his/her possession.
* Attempted to obtain signature on Advance Directive Form but patient refused.

**II. Para uso de la Oficina de Ingreso:**

En el caso de que el paciente declare al ser ingresado que tiene Instrucciones Anticipadas pero actualmente no están en su poder y el paciente es capaz de expresar sus deseos, las declaraciones a continuación describen esos deseos (Esta declaración debe estar escrita en inglés y en el idioma de preferencia de la persona atendida):

**[Type text]**

**II. Admission Office Use:**

In the event the patient has declared upon admission that he/she has an Advance Directive but not currently in his/her possession and the patient is able to articulate his/her wishes, the following statements describe those wishes (This statement needs to be written in English and the preferred language of the individual being served):

**[Type text]**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente Fecha

Patient Signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Fecha

Witness Signature Date

**III. Para uso del Trabajador Social de la Unidad:**

Si las anteriores casillas (C. o D.) están marcadas, se han realizado los siguientes intentos para obtener una copia legal de las Instrucciones Anticipadas del lugar declarado y/u obtener la firma del paciente en el formulario de Instrucciones Anticipadas:

Fecha Comentario Firma

1. **[Type text]**

(2) **[Type text]**

(3) **[Type text]**

**III. Unit Social Worker Use:**

If boxes (C. or D.) above is checked, the following attempts have been made to obtain a legal

copy of the Advance Directive from stated location and/or obtain patient’s signature on the

Advance Directive form:

Date Comment Signature

1. **[Type text]**

(2) **[Type text]**

(3) **[Type text]**