



Nombre

Yo tengo un plan de cuidado de avance. En caso de una emergencia por favor póngase en contacto con la persona encargada de mi salud para tomar decisiones:

Nombre

Número de Teléfono

Copias de me plan de cuidado avance se encuentran:
(Por avor enumere todas las ubicaciones)

En mi casa: _____

En mi coche: _____

Con mi Medico. Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Otro: _____

© 2018 Healthcentric Advisors - Derechos Reservados. Este material fue preparado por Healthcentric Advisors Y traducido por Progreso Latino por medio del Modelo De Innovación del Estado de Rhode Island de la Oficina De Salud y Servicios Humanos.