



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: _____