





Hasta que usted se establezca como paciente del Mission Health System, se requiere un formulario de consentimiento para guardar sus documentos Advance Directives (“Directivas anticipadas”). Los pacientes actuales de Mission Health no necesitan un formulario de consentimiento para incluir las Directivas anticipadas en su expediente médico ya establecido.

Siga los siguientes pasos para asegurarse de que reciba el cuidado médico de acuerdo con sus metas, valores y creencias:

1. Complete las Directivas anticipadas.
2. Provea una COPIA adjunta con este formulario completado usando la información proporcionada en la parte de abajo.
3. Guarde el original de sus Directivas anticipadas y una copia de este formulario.
4. Repita estos pasos para actualizar sus Directivas anticipadas con nuevos documentos y nuevos formularios de consentimiento.

Mi firma a continuación indica que entiendo y accedo:

- Los proveedores de atención médica de Mission y no de Mission en la región que pueden tratarme podrán acceder mis Directivas anticipadas. Los proveedores de atención médica no de Mission accederán las Directivas anticipadas a través de Mission Health Regional **H**ea**I**th **I**nfo**r**mation **E**xchange (Intercambio regional de la información sobre la salud de Mission Health - **HIE** por sus siglas en inglés). Una lista actualizada de los participantes en HIE se mantiene en **www.Mission-Health.org/HIE** o puedo solicitar esta lista llamando al 828-213-9948.
- Mission mantendrá mis Directivas anticipadas según su Aviso de las prácticas de privacidad.
- Mi consentimiento sólo es efectivo para las Directivas anticipadas que son apropiadas para la integración en un expediente médico de conformidad con la ley pertinente.

**Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento visitando al Departamento de administración de información médica (HIM por sus siglas en inglés) (ubicado adentro de cualquier hospital de Mission Health) o llamando al HIM, por teléfono, al (828) 213-0636 para aprender más sobre otras opciones de cancelación.**

Por favor proporcione lo siguiente para poder crear un expediente preciso, **ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE POR FAVOR:**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Celular	
Fecha de nacimiento <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> (Mes/Día/Año)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino / <input type="checkbox"/> Femenino	Últimos 4 números de NSS: <u>          </u>	
Firma _____		Fecha de firma _____	

Por favor mande por fax su(s) documento(s) y este formulario completado al (828) 213-9546 o mande por correo una copia al:  
 Mission Hospital  
 ATTN: Advance Care Planning  
 509 Biltmore Avenue  
 Asheville, NC 28801  
 Email: [AdvanceDirectives@HCAHealthcare.com](mailto:AdvanceDirectives@HCAHealthcare.com)

Si tiene preguntas, por favor llame a la Oficina de planificación de cuidado anticipado al Mission Hospital (828) 213-1269.

**DO NOT WRITE IN MARGIN**

MHS-00001-208-0519



Mission Health System

**Directivas anticipadas –  
Formulario de consentimiento**



E0000-360

**DO NOT WRITE IN MARGIN**

**DO NOT WRITE IN MARGIN**

