

Physicians Surgery Center of Tempe, L.L.C.  
1940 East Southern Avenue  
Tempe, Arizona 85282-9436  
Tel. (480) 820-7101  
Afiliada a Surgery Centers of America

---

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA DECISIONES DEL  
CUIDADO DE LA SALUD**

**RECONOCIMIENTO**

PHYSICIANS SURGERY CENTER OF TEMPE, L.L.C., por ley federal y estatal, está obligada a informarle a usted, el paciente, las decisiones respecto a su atención médica. Usted tiene derecho a presentar una instrucción anticipada para decisiones del cuidado de la salud, ya sea en la forma de un testamento en vida o un poder legal para el cuidado de la salud. Con el fin de ayudarle a entender sus derechos legales, se le entregan un resumen de la ley estatal de Arizona y un resumen de la política de PHYSICIANS SURGERY CENTER OF TEMPE, L.L.C. respecto a las instrucciones anticipadas.

He recibido la siguiente información escrita y verbalmente durante la admisión a PHYSICIANS SURGERY CENTER OF TEMPE, L.L.C.

- Una copia de la lista de derechos del paciente de PSCT Sí\_\_\_No\_\_\_
- Resumen de la ley estatal de Arizona respecto a las instrucciones anticipadas Sí\_\_\_No\_\_\_
- Resumen de la política de PSCT respecto a las instrucciones anticipadas Sí\_\_\_No\_\_\_
  
- He firmado una instrucción anticipada actualizada Sí\_\_\_No\_\_\_
  
- Tengo un  Testamento en vida  Poder legal para el cuidado de la salud  
(encierre en un círculo según corresponda)

Localización de la copia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Representante de PSCT Fecha/Hora

---

Firma del paciente Fecha/Hora

\*\*\*\*\*  
El paciente no recibió información acerca de las instrucciones anticipadas por las siguiente(s) razón(es): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Firma del paciente Fecha/Hora

Physicians Surgery Center of Tempe  
1940 East Southern Avenue  
Tempe, AZ. 85282  
Tel. (480) 820-7101

Estimado paciente:

La ley estatal de Arizona, A.R.S. #32-1401 (25) (FF), exige a los doctores que posean un interés financiero en una entidad a la cual se remiten pacientes, que divulguen el interés de su participación a los pacientes antes de dar el referido.

Por lo tanto, para cumplir con los requisitos de esta ley, le informo que tengo un interés financiero directo en Physicians Surgery Center of Tempe.

La ley dispone que usted haga un reconocimiento de haber leído y entendido esta información, y que firme con fecha este formulario en el espacio provisto más adelante. Usted recibirá una copia firmada de esta declaración y el original se conservará en su registro médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre del doctor

\_\_\_\_\_  
Nombre del doctor

#### RECONOCIMIENTO

He leído este reconocimiento y entiendo el contenido de esta notificación.

\_\_\_\_\_  
Paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha