Until you become a patient within the Mission Health System, a permission form is needed to store your Advance Directives documents ("Advance Directives"). Current Mission Health patients do not need a permission form for Advance Directives to be included in their already established medical record.

Follow these steps to help assure you receive medical care aligned with your goals, values, and beliefs:

1. Complete Advance Directives.
2. Provide a COPY along with this completed form using information provided below.
3. Maintain your original Advance Directives and a copy of this form.
4. Repeat these steps to update your Advance Directives with new documents and new permission form.

My signature below indicates that I understand and agree:

- Mission and non-Mission health care providers in the region who may treat me will be able to access my Advance Directives. Non-Mission healthcare providers will access the Advance Directives through the Mission Health Regional **H**ealth **I**nformation **E**xchange **(HIE)**. A current list of the HIE participants is maintained at **www.Mission-Health.org/HIE** or I may request this list by calling 828-213-9948.
- Mission will maintain my Advance Directives as described in its Notice of Privacy Practices.
- My permission is only effective for Advance Directives that are appropriate for inclusion in a medical record in accordance with applicable law.

I understand that I may cancel this authorization at any time by visiting the Health Information Management (HIM) Department (located inside any Mission Health Hospital) or by contacting HIM, via phone, at (828) 213-0636 to learn more about other cancellation options.

Please provide the following so an accurate record can be created, PLEASE PRINT:

_____ _____ _____
First name Middle name Last name

_____ _____ _____ _____
Street address City State Zip code

_____ _____ _____
Home phone Work phone Cell phone

Date of Birth _____/_____/_____ Gender: ❑ Male / ❑ Female Last 4 Digits of SSN: _____
(Month/Day/Year)

Signature _____ Date of Signature _____

Please fax your document(s) and this completed form to (828) 213-9546 or mail a copy to:
Mission Hospital
ATTN: Advance Care Planning
509 Biltmore Avenue
Asheville, NC 28801

If you have questions, please call the Advance Care Planning Office at Mission Hospital (828) 213-1269.

DO NOT WRITE IN MARGIN

DO NOT WRITE IN MARGIN

DO NOT WRITE IN MARGIN

MHS-00001-208-1217

E0000-360

Mission Health System

Advance Directives – Permission Form

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**ealth **I**nformation **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 ____/_____/_____ Género: ❑ Masculino / ❑ Femenino Últimos 4 números de NSS: _____
(Mes/Día/Año)

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

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

MHS-00001-208-1217

MISSION HEALTH
Mission Health System

Directivas anticipadas – Formulario de consentimiento