

**CERTIFICADO DE RECIBO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN CON RESPECTO A  
OPCIONES DE CUIDADO DE LA SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que se me ha suministrado una copia de la hoja informativa del Departamento de Servicios para Niños y Familias titulada “Your Future, Your Health” (Su salud, su futuro), referente a mis opciones de cuidado de la salud en el futuro, donde se incluye la importancia de designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con tratamientos médicos en mi nombre si estoy imposibilitado para hacerlo yo mismo. También se me suministró información sobre cómo firmar un documento de Poder legal para cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del menor, en letra de imprenta por favor)

\_\_\_\_\_  
(Firma del menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Una copia de esta declaración y de la hoja informativa Your Future, Your Health: Poder legal para cuidado de la salud, si corresponde, serán incluidas en el expediente del DCFS del Menor.**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del trabajador, en letra de imprenta por favor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del puesto)

\_\_\_\_\_  
(Firma del trabajador)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)