

PODER LEGAL DE CUIDADO DE SALUD

Yo nombro a _____, quien reside en _____
_____, número de teléfono (_____) _____,
_____, como mi apoderado para cuidado de salud. Yo nombro a _____
_____, el cual vive en _____
_____, número de teléfono (_____) _____, como mi

sucesor apoderado para cuidado de salud. Yo autorizo a mi apoderado designado por este documento para hacer las decisiones de cuidado de salud cuando quede determinado mi incapacidad de hacer mis propias decisiones de cuidado de salud.

Yo instruyo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones o limitaciones:

Yo instruyo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones para tratamiento de sostenimiento de vida:

Yo instruyo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones sobre la administración de nutrición e hidratación artificial:

HE LEIDO ESTE PODER LEGAL DE CUIDADO DE SALUD. ENTIENDO QUE DA PERMISO A QUE OTRA PERSONA TOME DECISIONES DE VIDA O MUERTE POR MÍ SI ESTOY INCAPACITADO. TAMBIEN ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE PODER LEGAL DE CUIDADO DE SALUD EN CUALQUIER MOMENTO NOTIFICANDO A MI APODERADO, MI DOCTOR O AL ESTABLECIMIENTO DONDE ME ENCUENTRO COMO PACIENTE O RESIDENTE. TAMBIEN ENTIENDO QUE PUEDO REQUERIR EN ESTE PODER LEGAL DE CUIDADO DE SALUD QUE LA REALIDAD DE MI INCAPACIDAD EN EL FUTURO, SEA CONFIRMADA MEDIANTE LA SEGUNDA OPINION DE UN DOCTOR.

Fechado este _____ día de _____, _____.

Firmante Principal

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Nosotros declaramos que el principal es conocido personalmente por nosotros, y que (él/ella) firmó este poder legal de cuidado de salud en nuestra presencia; que (él/ella) parece tener lucidez mental y no estar bajo coacción o influencia indebida, y que ninguno de nosotros ni el doctor del principal es la persona designada como apoderado por este documento.

Atestiguado por:

(Firma del Testigo)	(Nombre del Testigo en letra de molde)
(Fecha)	(Dirección)
(Firma del Testigo)	(Nombre del Testigo en letra de molde)
(Fecha)	(Dirección)

Q

ESTADO DE NEBRASKA)

) SS

CONDADO DE _____)

En este ____ día de _____, 20____, en mi presencia, un notario público en y para el Estado de Nebraska, personalmente se presentó y es para mí la persona idéntica, cuyo nombre figura en el poder legal de cuidado de salud como principal, y declaro que él/ella parece tener lucidez mental y no estar bajo coacción o influencia indebida, que él o ella reconoce que la ejecución del mismo es un acto y escritura voluntario, y que yo no soy el gestor o apoderado sucesorio designado por este poder legal para cuidado de salud.

Doy fe con mi firma y sello notarial en tal condado el último día y año anteriormente escrito.

Notario Público

LIVING WILL DECLARATION
DECLARACIÓN DE TESTAMENTO EN VIDA

Si yo, _____, recaigo en un estado vegetativo persistente o tengo una condición incurable e irreversible que, sin administración de sostenimiento de vida, en la opinión del doctor que me atiende, me causaría la muerte dentro de un tiempo relativamente corto Y NO soy capaz de hacer decisiones respecto a mi tratamiento médico, ordeno al doctor que me atiende, que conforme al Acta de los Derechos de Pacientes con enfermedades terminales, retener o retirar tratamiento de sostenimiento de vida, que no sea necesario para mi bienestar o para aliviar el dolor.

Usted puede hacer una lista de los tratamientos de sostenimiento de vida que no desea, tal como resucitación cardíaca, respiración (ejemplo: respirador artificial) y alimentación artificial/líquidos a través de tubos. De lo contrario, su declaración general, ya mencionada, representará sus deseos.

Yo especialmente **no deseo**: _____

_____.

Quizás quiera añadir instrucciones o cuidado que usted **realmente quiere** – por ejemplo, medicamento para el dolor; o que prefiere fallecer en su hogar, si es posible.

Otras instrucciones/comentarios _____

Firma

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

ESTE DOCUMENTO TIENE QUE SER FIRMADO POR DOS TESTIGOS O UN NOTARIO PÚBLICO.

El declarante voluntariamente firmó esta escritura ante mí.

Atestiguado por: _____

Dirección

Fecha _____

Ciudad/Estado

Atestiguado por: _____

Dirección

Fecha _____

Ciudad/Estado

O

ESTADO DE NEBRASKA)
)SS
Condado De _____)

El declarante voluntariamente firmó esta escritura ante mí.

Notario Público