

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)

(Dirección)

(Fecha)

(Firma del Testigo)

(Nombre del Testigo en letra de molde)

(Dirección)

(Fecha)

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

