DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VIVA

Si yo, _____,cayera en un estado vegetativo persistente o tuviera una condición incurable e irreversible, que, sin la administración de un tratamiento de mantenimiento de la vida, en opinión de mi médico tratante, causaría mi muerte en un tiempo relativamente corto Y YA no puedo tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, ordeno a mi médico tratante, de conformidad con la Ley de Derechos de Enfermedades Terminales, que retenga o retire el tratamiento de soporte vital que no es necesario para mi comodidad o para aliviar el dolor.

Puede enumerar tratamientos específicos de soporte vital que no desea, como reanimación cardíaca, respiración mecánica (es decir, máquina de respiración) y alimentación artificial / fluidos por sonda. De lo contrario, su declaración general, arriba, representará sus deseos.

Yo especialmente **no quiero:** _____
_____
_____

Es posible que desee agregar instrucciones o la atención que deseo, por ejemplo, medicamentos para el dolor; o que prefieres morir en casa, si es posible.

Otras instrucciones / comentarios: _____
_____

_____ _____
Firma Fecha

_____
Dirección Ciudad Estado

ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR DOS TESTIGOS O UN PUBLICO NOTARIO

El declarante firmó voluntariamente este escrito en mi presencia.

Presenciado por: _____ _____
Dirección
Fecha: _____ _____
Estado de la Ciudad
Presenciado por: _____ _____
Dirección
Fecha: _____ _____
Estado de la Ciudad

--- O ---

ESTADO DE NEBRASKA)
) ss. El declarante firmó voluntariamente este documento en mi presencia.
CONDANDO de_____) en este _____ día de _____, 20____.

_____
Notario Público