

Poder Notarial de Nebraska

Cuidado de la Salud

PODER DEL ABOGADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

1, _____ (su nombre) nombra a la siguiente persona como mi abogado de hecho para la atención médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

SUCESOR AL PODER DEL ABOGADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Si mi agente (mencionado arriba) no está dispuesto o no puede actuar, designo a la siguiente persona como mi sucesor con poder notarial para la atención médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Al poner iniciales a lo siguiente, reconozco que he leído y entiendo cada declaración y las consecuencias de ejecutar un poder notarial para la atención médica.

De hecho, autorizo a mi abogado para la atención médica designada por este documento a tomar decisiones de atención médica por mí cuando se determina que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica

Ordeno que mi abogado, de hecho, para la atención médica cumpla con las siguientes instrucciones o limitaciones:

Indico que mi abogado, de hecho, para el cuidado de la salud cumple con las siguientes instrucciones sobre el tratamiento de mantenimiento de la vida: (limitaciones opcional) :

Dirijo que mi abogado, de hecho, para el cuidado de la salud, cumpla con las siguientes instrucciones sobre nutrición e hidratación administradas artificialmente: (opcional)

He leído este poder notarial para la atención médica. Entiendo que le permite a otra persona tomar decisiones de vida o muerte por mí si soy incapaz de tomar tales decisiones. También entiendo que puedo revocar este poder notarial para la atención médica en cualquier momento notificando a mi abogado de hecho sobre la atención médica, mi médico o el centro en el que soy paciente o residente. También entiendo que puedo exigir en este poder notarial para la atención médica que un segundo médico confirme el hecho de mi incapacidad en el futuro.

He leído la advertencia anterior que acompaña a este documento y entiendo las consecuencias de ejecutar un poder notarial para la atención médica.

Firma de la persona que hace la designación

Fecha

No firme este formulario hasta que esté en presencia de los dos testigos o un notario.

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Declaramos que la persona que firma este poder notarial para atención médica es conocida personalmente por nosotros, ha firmado o reconocido su firma en este poder notarial para atención médica en nuestra presencia, y parece ser de buena opinión y no bajo coacción o influencia indebida. Además, ninguno de nosotros, ni el médico tratante del director, es la persona designada como abogado de hecho para la atención médica por este documento.

Presenciado por:

(Firma del testigo / fecha)

(Nombre Impreso del Testigo)

(Firma del testigo / fecha)

(Nombre Impreso del Testigo)

O

NOTARIO

Estado de Nebraska)
)ss.
[Condado] de _____)

Este documento fue reconocido ante mí el _____
(Fecha)

Por _____
(Nombre del director)

Firma del Notario (Sello, si lo hay)

Mi comisión expira: _____