



A C P 0 0 1



Poder para tomar decisiones de atención médica de Nebraska
Nebraska Power of Attorney for Health Care

Yo _____, el otorgante, nombro a _____, con domicilio en _____, y número telefónico _____, como mi representante autorizado para tomar decisiones de atención médica.

En caso de que dicho representante autorizado para tomar decisiones de atención médica no estuviera disponible o no estuviera dispuesto a desempeñarse como mi representante autorizado para tomar decisiones de atención médica, nombro a _____, con domicilio en _____, y número telefónico _____, como mi representante autorizado sustituto para tomar decisiones de atención médica.

Por este medio, instruyo a mi representante autorizado a cumplir las siguientes instrucciones o restricciones en relación con mis deseos de atención médica (que pueden incluir, de manera no limitativa, mis deseos respecto a tratamientos de soporte vital y nutrición e hidratación asistidas): _____

Autorizo a mi representante autorizado a tomar por mí decisiones sobre mi atención médica, incluyendo decisiones de vida o muerte, cuando mi médico o médicos tratantes determinen que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. Entiendo que puedo solicitar una segunda opinión para confirmar mi capacidad. Asimismo, autorizo que se dé a conocer mi expediente médico a mi representante autorizado o representante autorizado sustituto, como se estipula con anterioridad. He hablado o voy a hablar sobre mis deseos de atención médica con mi representante autorizado o representante autorizado sustituto. También entiendo que puedo revocar este poder para tomar decisiones de atención médica en cualquier momento, notificando para ello a mi representante autorizado, a mi médico o médicos tratantes, o a la institución de la cual soy paciente o residente.

HE LEÍDO ESTE PODER PARA TOMAR DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y ENTIENDO QUE LE PERMITE A OTRA PERSONA TOMAR POR MÍ DECISIONES DE VIDA O MUERTE SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA, EN CASO DE QUE SE DETERMINE QUE YO NO TENGO LA CAPACIDAD PARA TOMAR DICHAS DECISIONES.

Firma (Signature) _____ Domicilio (Address) _____
Nombre en letra de imprenta (Printed Name) _____ Fecha (Date) _____

Declaración de los testigos (Declaration of Witnesses)

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

THIS DOCUMENT MUST BE SIGNED BY TWO WITNESSES OR A NOTARY PUBLIC

Declaramos que conocemos personalmente al otorgante, que el otorgante firmó o reconoció su firma en este poder para tomar decisiones de atención médica en nuestra presencia, y que el otorgante parece tener pleno uso de sus facultades, sin ningún tipo de coerción o influencia, y que ninguno de nosotros, ni el médico tratante, ni el enfermero especialista, ni el asistente del médico del otorgante, es la persona designada como representante autorizado.

Firma del testigo (Witness Signature) _____ Firma del testigo (Witness Signature) _____
Nombre en letra de imprenta (Print Name) _____ Nombre en letra de imprenta (Print Name) _____
Domicilio (Address) _____ Domicilio (Address) _____
Fecha (Date) _____ Fecha (Date) _____

O

State of Nebraska)
County of _____)

On this _____ day of _____ 20____, before me, _____, a notary public in and for _____ County, _____ voluntarily signed this document in my presence.

Witness my hand and notarial seal at _____ in such county the day and year last written.

Notary Signature _____

Seal

Patient Label
NAME: _____ DOB: _____
FIN: _____ MRN: _____