

**DIRECTIVA ANTICIPADA DE GEORGIA
REFERENTE A ATENCIÓN MÉDICA**

De: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Escriba su nombre en letras de molde) (mes/ día / año)

Esta Directiva Anticipada referente a Atención Médica se conforma de cuatro secciones:

SECCIÓN UNO **APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA.** *Esta Sección le permite a usted seleccionar a alguien para que tome decisiones referentes a su atención médica cuando usted no puede (o no quiere) tomarlas. La persona que usted seleccione se denomina el Apoderado de Atención Médica. Después de que usted muera, también puede hacer que su Apoderado de Atención Médica tome decisiones por usted con respecto a su autopsia, la donación de órganos y cadáver y la disposición final de sus restos. Usted debe conversar con su Apoderado de Atención Médica sobre este papel de tanta importancia que va a desempeñar.*

SECCIÓN DOS **PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO.** *Esta Sección le permite a usted indicar sus preferencias de tratamiento si padece de alguna condición desahuciada o si usted está en un estado de inconsciencia permanente. Esta SECCIÓN DOS surte efecto únicamente si usted no pudiese comunicar sus preferencias de tratamiento. Se tomarán los esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted sobre sus preferencias de tratamiento antes que entre en vigor la SECCIÓN DOS. Usted debe hablar con su familia y sus otros allegados con respecto a sus preferencias de tratamiento.*

SECCIÓN TRES **TUTELA.** *Esta Sección le permite a usted nombrar a una persona para que sea su tutor si acaso uno fuese necesario.*

SECCIÓN CUATRO **VIGENCIA Y FIRMAS.** *Se exige la firma de usted para esta Sección y la de dos testigos. Usted debe completar la SECCIÓN CUATRO si ha llenado alguna otra Sección de las primeras tres de este documento.*

Usted puede completar cualquier o todas las primeras tres Secciones de la lista de arriba. Para que tenga vigencia este documento, usted tiene que completar la SECCIÓN CUATRO de este formulario.

Una vez completado este documento, usted debe entregar una copia del mismo a aquellas personas quienes lo pudiesen necesitar, como a su Apoderado de Atención Médica, su familia y su médico. Mantenga una copia de este documento en su hogar en un sitio donde se pueda encontrar fácilmente si fuese necesario. Periódicamente haga un repaso de este documento en

su totalidad para asegurarse que todavía refleja sus preferencias de manera correcta. Si usted cambia de preferencia, complete entonces un documento nuevo de Directiva Anticipada de Georgia referente a Atención Médica.

El uso de este documento de la Directiva Anticipada de Georgia referente a Atención Médica es totalmente de su opción. En Georgia se puede utilizar otros formularios de Directiva Anticipada referente a Atención Médica.

En cualquier momento, usted puede revocar este documento luego de haberlo completado. Una vez que lo haya completado, este documento remplazará cualquier Directiva Anticipada referente a Atención Médica, Carta Poder de Atención Médica, Poder de Cuidados de Salud o Testamento en Vida que usted haya hecho antes de completar este documento.

SECCIÓN UNO: APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA

[La SECCIÓN UNO tendrá vigencia aun cuando no se haya completado la SECCIÓN DOS. El médico o proveedor de atención médica que esté involucrado directamente en su atención médica no puede desempeñar el papel de su Apoderado de Atención Médica. Si usted está casado y en el futuro se divorcia o queda anulado su matrimonio, quedará revocada la selección de su cónyuge actual como Apoderado de Atención Médica. Si no está casado usted y se casa en el futuro, quedará revocada la selección de su Apoderado de Atención Médica, a menos que la persona seleccionada como su Apoderado de Atención Médica sea su nuevo cónyuge.

(1) APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Selecciono a la siguiente persona como mi Apoderado de Atención Médica para que tome las decisiones de atención médica por mí.

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(Casa, Trabajo y Celular)

(2) APODERADOS DE ATENCIÓN MÉDICA ALTERNOS

[Esta Sección es opcional. La SECCIÓN UNO tendrá vigencia aun cuando se deje en blanco esta Sección.]

Si no se puede poner en contacto con mi Apoderado de Atención Médica en un plazo razonable y no se puede localizar luego de unos esfuerzos razonables, o si por algún motivo no está disponible para obrar en su calidad de Apoderado de Atención Médica o no puede o no está dispuesto, o si se niega desempeñar el papel de Apoderado de Atención Médica, selecciono entonces a las siguientes personas y cada cual obrará de forma sucesiva y en el orden nombrado, para que desempeñen el papel de mis apoderados de atención médica alternos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de Teléfono: _____
(Casa, Trabajo y Celular)

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de Teléfono: _____
(Casa, Trabajo y Celular)

(3) FACULTADES GENERALES DEL APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Mi Apoderado de Atención Médica tomará las decisiones de atención médica por mí cuando yo no pueda comunicarlas o cuando yo seleccione que mi Apoderado de Atención Médica comunique mis decisiones de atención médica.

Mi Apoderado de Atención Médica tendrá la misma facultad para tomar cualquier decisión de atención médica que pudiera tomar yo. Las facultades de que dispone mi Apoderado de Atención Médica incluyen, por ejemplo, la de:

- Ingresarme o darme de alta de cualquier hospital, institución de enfermería especializada, centro para desahuciados o cualquier otra institución o servicios de atención médica;
- Pedir, permitir, denegar o retirar cualquier tipo de atención médica y
- Contratar en mi nombre los servicios de cualquier institución o servicios de atención médica y comprometerme a pagar estos servicios (y mi Apoderado de Atención Médica no tendrá ninguna responsabilidad financiera de cualesquier servicios o cuidados contratados para mí o en mi nombre).

Mi Apoderado de Atención Médica será mi representante personal en virtud de todos los fines de las leyes federales o estatales con relación a la privacidad de los expedientes médicos (la cual incluye la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 («Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996»), y tendrá el mismo acceso a mis expedientes médicos que yo y puede informar a otros del contenido de los mismos para la continuidad de mi atención médica.

Mi Apoderado de Atención Médica puede acompañarme en una ambulancia o ambulancia aérea si el protocolo de equipo de la ambulancia permite la presencia de un pasajero, y mi Apoderado de Atención Médica puede visitarme o consultar conmigo personalmente mientras estoy en cualquier hospital, institución de cuidados de enfermería especializados, centro para desahuciados o cualquier otro centro de atención médica, si el protocolo del mismo permite las visitas.

Mi Apoderado de Atención Médica puede presentar una copia de esta Directriz Anticipada de Atención Médica en vez del documento original, y la copia tendrá el mismo significado y efecto que el original.

Tengo entendido que en virtud de las leyes de Georgia:

- Mi Apoderado de Atención Médica puede rehusar a obrar en calidad de mi Apoderado de Atención Médica;
- Un Tribunal puede retirar las facultades de mi Apoderado de Atención Médica si dictamina que no obra de forma adecuada; y
- Mi Apoderado de Atención Médica no tiene la facultad de tomar decisiones de atención médica por mí que tengan relación con la psico-cirugía, la esterilización o el tratamiento o internamiento involuntario para las enfermedades mentales o emocionales, atraso mental o enfermedades de adicción.

(4) ORIENTACIÓN PARA EL APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Cuando, en mi nombre, mi Apoderado de Atención Médica tome las decisiones de atención médica, debe pensar en cuál acción sería consistente con las conversaciones que tuvimos en el pasado, además de mis preferencias de tratamiento indicadas en la SECCIÓN DOS (si he completado la SECCIÓN DOS) y mis creencias religiosas y otras creencias y valores y en qué forma he lidiado con cuestiones médicas y otras cuestiones de índole importante en el pasado. Si todavía no está claro lo que yo decidiría, entonces mi Apoderado de Atención Médica debe tomar aquellas decisiones que cree que serían lo que más me conviene, al tomar en cuenta los beneficios, pesos y riesgos de mis circunstancias y opciones de tratamientos en la actualidad.

(5) FACULTADES DEL APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA LUEGO DE LA MUERTE

(A) AUTOPSIA

Mi Apoderado de Atención Médica dispondrá de la facultad de autorizar que se haga una autopsia de mi cadáver, a menos que yo haya puesto límites a las facultades del Mismo al poner a continuación las iniciales de mi nombre y apellidos.

_____ (Iniciales) Mi Apoderado de Atención Médica no dispondrá de ninguna facultad de autorizar que se haga una autopsia de mi cadáver (a menos que sea exigida por la ley.)

(B) DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DEL CADÁVER

Mi Apoderado de Atención Médica dispondrá de la facultad de hacer una disposición de cualquier parte de mi cadáver o de todo mi cadáver con fines médicos según la ley de Donaciones Anatómicas de Georgia («Georgia Anatomical Gift Act»), a menos que yo haya puesto límites a las facultades del Mismo al poner a continuación las iniciales de mi nombre y apellidos.

[Ponga sus iniciales al lado de cada una de las frases que quiera que corresponda a usted.]

_____ (Iniciales) Mi Apoderado de Atención Médica no dispondrá de ninguna facultad de hacer ninguna disposición con respecto a mi cadáver para su uso en un programa de estudios médicos.

_____ (Iniciales) Mi Apoderado de Atención Médica no dispondrá de ninguna facultad de donar ningunos de mis órganos.

(C) DISPOSICIÓN FINAL DEL CADÁVER

Mi Apoderado de Atención Médica dispondrá de la facultad de tomar decisiones sobre la disposición final de mi cadáver, a menos que yo haya puesto mis iniciales a continuación.

_____ (Iniciales) Quiero que la siguiente persona tome las decisiones sobre la disposición final de mi cadáver.

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(Casa, Trabajo y Celular)

Deseo que mi cadáver sea:

_____ (Iniciales) Enterrado.

o

_____ (Iniciales) Cremado.

SECCIÓN DOS: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

[La SECCIÓN DOS tendrá vigencia únicamente si usted no puede comunicar sus preferencias de tratamiento luego de que se hayan tomado los esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse con usted sobre sus preferencias. La SECCIÓN DOS tendrá vigencia aun cuando no se haya completado la SECCIÓN UNO. Si usted no ha seleccionado a nadie como Apoderado de Atención Médica en la SECCIÓN UNO o si su Apoderado de Atención Médica no está disponible, sus preferencias de tratamiento se presentarán a su médico y proveedores de atención por medio de la SECCIÓN DOS. Si usted ha seleccionado a alguien como Apoderado de Atención Médica en la SECCIÓN UNO, entonces esa persona dispondrá de la facultad de tomar todas las decisiones de atención médica en nombre de usted con respecto a lo indicado en la SECCIÓN DOS. Se orientará su Apoderado de Atención Médica por las preferencias de tratamiento y otros factores descritos por usted en el párrafo (4) de la SECCIÓN UNO.]

(6) CONDICIONES

La SECCIÓN DOS tendrá vigencia si yo me encontrase en alguna de las siguientes situaciones:

[Ponga las iniciales de su nombre y apellidos al lado de las situaciones en que quiera usted que entre en vigor la SECCIÓN DOS.]

_____ (Iniciales) Una condición desahuciada, lo cual significa que tengo una condición incurable o irreversible que resultará en mi muerte en un período de tiempo relativamente corto.

_____ (Iniciales) Estar en un estado de inconsciencia permanente, lo cual significa que tengo una condición incurable o irreversible en la cual no estoy consciente de mí mismo ni del medio que me rodea, y no demuestro ningunas reacciones de comportamiento con relación al medio en que me encuentro.

Se determinará mi estado por escrito luego de un reconocimiento médico del médico que me atiende y de un segundo médico, de conformidad con los códigos médicos aceptados en la actualidad.

(7) PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

[Ponga las iniciales de su nombre y apellidos en la (A), (B) o (C) para indicar sus preferencias de tratamiento. Si usted selecciona la (C), indique sus preferencias de tratamiento adicionales al poner sus iniciales en una o más de las preferencias después de la (C.) Usted puede dar instrucciones adicionales sobre lo que prefiere para el tratamiento en la próxima Sección. Se le proporcionarán los cuidados de comodidad, los cuales incluyen aliviarse del dolor, pero puede que usted quiera indicar, en la próxima Sección, cuáles son las preferencias específicas de usted para aliviarse del dolor.]

Si yo estuviese en cualesquiera de los estados marcados con mis iniciales en la Sección (6) de arriba y ya no pudiese comunicar mis preferencias de tratamiento después de que se hayan tomado los esfuerzos razonables y adecuados para poder comunicarse conmigo al respecto, entonces:

(A) _____ (Iniciales) Traten de prolongar mi vida tanto tiempo como sea posible, al utilizar todo medicamento, maquinaria o intervención médica que, bajo una opinión médica razonable, pudieran mantenerme con vida. Si yo no pudiese tomar ningunos nutrientes o líquidos de forma oral, entonces quiero que se me administren por sonda u otros medios médicos.

O

(B) _____ (Iniciales) Permita que ocurra con naturalidad mi muerte. No quiero ningún medicamento, maquinaria o intervención médica que, bajo una opinión médica razonable, pudiera mantenerme con vida pero que no me pudiera curar. No quiero que me administren ni nutrientes ni líquidos por sonda ni por ningunos otros medios médicos, salvo que sea necesario para administrar los medicamentos para el dolor.

O

(C) _____ (Iniciales) No quiero ningún medicamento, maquinaria u otras intervenciones médicas que, bajo una opinión médica razonable, pudieran mantenerme con vida pero que no me pudiera curar, salvo que:

[Ponga sus iniciales en cada frase que quiera usted que corresponda a la Opción (C)]

_____ (Iniciales) Si no puedo tomar nutrientes de forma oral, quiero recibir la nutrición por sonda u otro medio médico.

_____ (Iniciales) Si no puedo tomar líquidos de forma oral, quiero recibir los líquidos por sonda u otro medio médico.

_____ (Iniciales) Si necesito ayuda para respirar, quiero que utilicen un respirador.

_____ (Iniciales) Si para de funcionar mi corazón o pulso, quiero que me administren la resucitación cardio-pulmonar (CPR)

(8) DECLARACIONES ADICIONALES

[Esta Sección es opcional. La SECCIÓN DOS tendrá vigencia aun cuando se deje en blanco esta Sección. Esta Sección le permite indicar sus preferencias de tratamientos adicionales y también sirve para brindarle una orientación adicional a su Apoderado de Atención Médica (si usted ha seleccionado uno en la SECCIÓN UNO) o para proveer información adicional sobre los valores personales y religiosos de usted con respecto a su atención médica. Por ejemplo,

puede que usted quiera indicar lo que prefiere con respecto a las cirugías, amputaciones, transfusiones de sangre o diálisis renal y los medicamentos para las infecciones. Con el entendido de que usted no puede anticipar todo lo que pudiera sucederle una vez que ya no pudiera comunicar sus preferencias de tratamiento, puede que usted quiera orientarle a su Apoderado de Atención Médica (si es que usted seleccionó a alguien en la SECCIÓN UNO), para que siga sus preferencias de tratamiento. Puede que usted quiera indicar cuáles son sus preferencias con respecto de aliviarse del dolor.

(9) EN CASO DE EMBARAZO

[La SECCIÓN DOS tendrá vigencia aunque se deje en blanco esta Sección.]

Tengo entendido que, bajo la ley de Georgia, generalmente la SECCIÓN DOS no tendrá ningún efecto ni vigencia si estoy embarazada, a menos que no me sea viable el feto y que yo, al poner las iniciales de mi nombre y apellidos abajo, indique que yo quiero que se lleve a cabo la SECCIÓN DOS.

_____ (Iniciales) Yo quiero que se lleve a cabo la SECCIÓN DOS si no me es viable el feto.

SECCIÓN TRES: TUTELA

(10) LA TUTELA

[LA SECCIÓN TRES es opcional. Esta Directiva Anticipada referente a Atención Médica tendrá vigencia aun cuando se deje en blanco la SECCIÓN TRES. Si usted desea nombrar a alguien para que sea su tutor si es que un Tribunal haya pronunciado que se designe a alguno, complete la SECCIÓN TRES. Un Tribunal designará a un tutor para usted si es que dictamina que usted no puede tomar ningunas decisiones significativas y responsables por sí mismo con relación a su propia manutención, seguridad o bienestar. Un Tribunal designará a la persona que usted nombre si dictamine que esa designación le convendrá para su bienestar e interés. Si usted ha seleccionado a un Apoderado de Atención Médica en la SECCIÓN UNO, usted puede (pero no es ningún requisito) nombrar a la misma persona para que sea su Tutor. Si no son la misma persona su Apoderado de Atención Médica y su Tutor, su Apoderado de Atención Médica tendrá la prioridad sobre su Tutor en el momento de tomar las decisiones de atención médica en nombre de usted, a menos que dictamine lo contrario un Tribunal.]

[Indique su preferencia al poner en (A) o (B) las iniciales de su nombre y apellidos. Seleccione (A) únicamente si usted también completó la SECCIÓN UNO.]

(A) _____ (Iniciales) Yo nombro a la persona que desempeña el papel de mi Apoderado de Atención Médica bajo la SECCIÓN UNO que obra también en calidad de Tutor mío.

Ó

(B) _____ (Iniciales) Yo nombro a la siguiente persona para que desempeñe el papel de Tutor mío:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(Casa, Trabajo y Celular)

SECCIÓN CUATRO: VIGENCIA Y FIRMAS

Esta Directiva Anticipada referente a Atención Médica tendrá vigencia únicamente si no puedo tomar ni comunicar mis propias decisiones de atención médica o si opto por no tomarlas o comunicarlas.

Este documento revoca cualquier Directiva Anticipada referente a Atención Médica, Carta Poder de Atención Médica, Poder de Cuidados de Salud o Testamento en Vida («living will») que yo hubiera hecho antes de la fecha de hoy.

A menos que yo haya puesto mis iniciales a continuación y haya citado fechas o acontecimientos en el futuro alternativos, esta Directiva Anticipada para Atención Médica tendrá vigencia cuando yo la firme; y permanecerá vigente hasta que yo muera (y después de que yo muera, en la medida autorizada en el párrafo (5) de la SECCIÓN UNO).

_____ (Iniciales) Esta Directiva Anticipada referente a Atención Médica tendrá vigencia a partir del día ___ de _____ de _____, y terminará en el día ___ de _____ de _____ o cuando haya ocurrido _____.

Usted debe firmar este documento y fecharlo, o reconocer haberlo firmado y fechado, ante dos testigos. Ambos testigos deben gozar de mente sana y deben ser mayores de 18 años de edad, pero no tienen que estar juntos ni presentes con usted los testigos cuando usted firme este documento.

Un testigo:

- *No puede ser ninguna de las personas seleccionadas como su Apoderado de Atención Médica o su Apoderado de Atención Médica Alterno en la SECCIÓN UNO;*
- *No puede ser nadie que, a sabiendas, vaya a heredar algo de usted o que, de otra forma y a sabiendas, se beneficie financieramente de su muerte, o*
- *No puede ser nadie involucrada directamente en la atención médica de usted.*

De los testigos, sólo uno puede ser empleado, agente o miembro del equipo médico del hospital, institución de enfermería especializada, centro para desahuciados u otro centro de atención médica en la cual usted reciba atención médica (pero no puede estar envuelto directamente en la atención médica de usted.)

Al poner mi firma a continuación, declaro que tengo la capacidad emocional y mental para hacer esta Directiva Anticipada referente a Atención Médica, y tengo entendido cuáles son los propósitos y efectos de la Misma.

(Firma de Declarante)

(Fecha)

La persona declarante firmó este documento ante mí o reconoció haberlo firmado. Basado en lo que he observado, la persona declarante aparenta tener la capacidad emocional y mental para hacer esta Directiva Anticipada referente a Atención Médica, y firmó este documento intencionadamente y por voluntad propia.

(Firma del Primer Testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

(Firma del Segundo Testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

[No es necesario que sea notariado este documento.]