



Wellstar[®]
HEALTH SYSTEM

Directiva Anticipada para el Cuidado de la Salud

Respetando

su

derecho a:

Elegir su agente de atención médica

Elegir la autoridad otorgada a su agente de atención médica

Elegir sus preferencias relacionadas con el tratamiento y la atención

Nombre

Fecha de nacimiento

Orientándose

PRIMERA PARTE- Elija un agente de atención médica (la(s) persona(s) que elija para tomar decisiones de atención médica por usted cuando sea necesario)

SEGUNDA PARTE- Seleccione algunas preferencias de tratamiento médico.

TERCERA PARTE- Orientación para su agente de atención médica

CUARTA PARTE (obligatoria)- Su firma y dos testigos.

Puede completar la Parte Uno, la Parte Dos o ambas, pero si ha completado CUALQUIER sección de este formulario, entonces La parte cuatro DEBE completarse para que sea válida legalmente.

Explicación y direcciones para este Directiva Anticipada:

Este documento entra en vigor solo cuando no puede (o decide no hacerlo) tomar decisiones de atención médica por usted mismo.

1. Este es un documento legal importante.
2. Esta es una forma de comunicar las preferencias de atención médica a sus proveedores de atención médica y a otras personas que se preocupan por usted (por ejemplo, amigos, familiares).
3. Este documento NO autoriza a su agente de atención médica a tomar decisiones comerciales o financieras en su nombre.

Pasos a seguir después de completar este Directiva Anticipada:

1. Hable sobre su Directiva Anticipada y sus objetivos y preferencias relacionadas con la atención médica con:
 - Su agente de atención médica y agente de respaldo
 - Su familia
 - Sus amigos
 - Su contacto de emergencia
2. De copias de su Directiva Anticipada a:
 - Su agente de atención médica
 - Su agente de respaldo en atención médica
 - Sus proveedores de salud
3. Guarde una copia de su Directiva Anticipada donde pueda encontrarla fácilmente (por ejemplo, en la puerta del refrigerador).
4. Si va al hospital o a un hogar de ancianos, lleve una copia de este documento y solicite que se incluya en sus registros médicos.

Recuerde: Puede revocar este formulario completado (Directiva Anticipada) en cualquier momento:

1. Completando una declaración por escrito, firmada y fechada, declarando su preferencia para revocar, o
2. Expresando su deseo de revocar el documento en presencia de un testigo mayor de 18 años que complete una declaración escrita con sus deseos dentro de los 30 días de su declaración. La declaración debe estar firmada y fechada; y
3. Comunicando la revocación a su médico tratante y otros proveedores de atención médica.

¿Con qué frecuencia debe considerar realizar cambios en su Directiva Anticipada?

Es bueno revisar y actualizar su directiva anticipada cuando ocurre uno de los siguientes:

- Década:* al comienzo de una nueva década de su vida (cada 10 años)
- Muerte:* si su agente de atención médica muere o si sus opciones han cambiado después de la muerte de un ser querido
- Divorcio:* si se casa con alguien que no sea su agente de atención médica o si se divorcia de su agente de atención médica, este documento se revoca automáticamente
- Diagnóstico:* si le diagnostican una enfermedad crónica o grave
- Disminución:* si su salud empeora con el tiempo, especialmente si ya no puede vivir solo.

¿Necesita ayuda para completar este documento?

Comuníquese con un facilitador de planificación de atención anticipada de Respecting Choices en wellstar.org/acp para hacer preguntas.

Nombre: _____

**PARTE UNO: Mi elección de agente de atención médica
(la Parte 1 será efectiva incluso si la Parte 2 no se completa)**

¿A quién debe elegir como su agente de atención médica?

- Alguien que lo conozca bien y respete sus metas y valores.
- Alguien en quien usted confíe para tomar decisiones en circunstancias difíciles.
- Alguien que será un buen defensor suyo y seguirá sus decisiones, incluso si él/ella no está de acuerdo con ellos.
- Alguien mayor de 18 años.

¿Quién no puede ser su agente de atención médica?

- Un proveedor de atención médica si él / ella está directamente involucrado en su atención
- Alguien menor de 18 años

Si ya no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica (o elijo no hacerlo), esta directiva nombra a la persona que autorizo para tomar estas decisiones en mi nombre; incluso si no completo mis preferencias de tratamiento en la siguiente parte. Esta persona será mi agente de atención médica.

La persona que escojo como mi agente de atención médica:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (Cel) _____ (Trabajo) _____ (Casa) _____

Dirección _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Si mi agente de atención médica no puede ser contactado dentro de un período de tiempo razonable o por alguna razón no puede o no quiere actuar como mi agente de atención médica, selecciono los siguientes agentes de atención médica de respaldo para ser contactados en orden de elección.

Agente de respaldo # 1:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (Cel) _____ (Trabajo) _____ (Casa) _____

Dirección _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Agente de respaldo # 2:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (Cel) _____ (Trabajo) _____ (Casa) _____

Dirección _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Al marcar esta casilla, estoy indicando que no tengo un agente de atención médica. En lugar de esto, mis selecciones en la Parte Dos guiarán mis decisiones de atención médica.

Lo que puede hacer mi agente de atención médica:

Entiendo que he elegido un agente de atención médica para que tome decisiones relacionadas con mi atención médica. Él/ella tendrá la misma autoridad que yo para tomar cualquier decisión de atención médica. Por ejemplo:

- Tomar mis instrucciones y lo que él/ella sabe de mis preferencias/valores para actuar en mi mejor interés.
- Autorizar, solicitar, rechazar, retirar y / o detener cualquier tipo de medicamento, tratamiento, procedimientos o atención médica.
- Consentir, negociar y / o contratar cualquier instalación o servicio de atención médica para mí, como vivienda de residencia asistida, instalación de enfermería especializada, hospital, hospicio u hogar de ancianos. Estas acciones no harán que mi agente de atención médica sea responsable del pago de estos servicios.
- Revisar y divulgar mis registros médicos según sea necesario para mi atención médica.

Nota: Según la ley de Georgia, un tribunal puede retirarle los poderes a su agente de atención médica si determina que no está actuando de acuerdo con sus preferencias. Su agente de atención médica **NO TIENE** el poder de tomar decisiones con respecto a tratamientos de comportamiento, esterilización, tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedad mental o emocional, o enfermedad adictiva.

Lo que mi agente en salud puede hacer después de que yo muera:

Entiendo que mi agente de atención médica puede tomar decisiones sobre lo siguiente (a menos que yo haya puesto mis iniciales para indicar que no quiero que él / ella tenga esa autoridad / capacidad):

1. **Autopsia:** mi agente de atención médica **TENDRÁ** el poder de autorizar (dar permiso) para una autopsia.
2. **Donación de órganos y/o donación de cuerpo:** *mi agente de atención médica TENDRÁ el poder de donar mi cuerpo para usarlo en un estudio médico y / o donar cualquiera de mis órganos.*
3. **Disposición final de mi cuerpo:** *mi agente de atención médica TENDRÁ el poder de autorizar la disposición final de mi cuerpo, incluidos los arreglos funerarios y el entierro o cremación.*

Escriba sus iniciales sólo en aquellas cosas que NO desea que su agente de atención médica pueda hacer después de su muerte.

1. **Autopsia:** _____ (Iniciales) **NO** doy la autoridad a mi agente de atención médica para autorizar una autopsia (a menos que lo exija la ley).
2. **Donación de órganos o cuerpo:**
 - a. _____ (Iniciales) **NO** doy autoridad a mi agente de atención médica para que done mi cuerpo para su uso en un estudio médico.
 - b. _____ (Iniciales) **NO** doy autoridad a mi agente de atención médica para autorizar donación de mis órganos.
3. **Disposición final de mi cuerpo:** _____ (Iniciales) **NO** doy autoridad a mi agente de atención médica para tomar decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo.

Quiero que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Escriba sus iniciales en su preferencia por la disposición final de su cuerpo:

_____ (Iniciales) Quiero ser enterrado. _____ (Iniciales) Quiero ser cremado.

PARTE DOS: Mis Preferencias de Tratamiento
(La Parte 2 será válida aun si la Parte 1 no se completa)

Esta es su oportunidad para aclarar sus preferencias. Su agente de atención médica y sus médicos se referirán a esta sección como guía cuando no pueda tomar decisiones informadas. Si NO nombró a un agente de atención médica o agente de respaldo o si no puede comunicarse con él, puede dirigir su cuidado con las opciones que indiquen a continuación. **CON CUALQUIER ELECCIÓN A CONTINUACIÓN**, entiendo que se me mantendrá limpio y cómodo y continuaré recibiendo medicamentos para el control del dolor y para mantener la comodidad.

Escriba sus iniciales en cada declaración que elija como su preferencia de tratamiento si se encuentra en estas situaciones:

Si tengo una **enfermedad terminal** (condición incurable o irreversible) y mi médico tratante y otro médico creen (y escriben en el registro médico) que moriré en un corto período de tiempo, esta es mi elección:

1. _____ **Quiero extender mi vida el mayor tiempo posible** usando todos los tratamientos que los médicos consideren razonables. Algunos ejemplos son una máquina que respira por mí (respirador/ventilador), tubos de alimentación, productos sanguíneos, medicamentos y/o líquidos que se administren por vía intravenosa o tratamientos para condiciones médicas crónicas.
_____ **O** _____
2. _____ **Quiero permitir que ocurra mi muerte natural** al rechazar o suspender todos los tratamientos, excepto los que elija a continuación:
 - a. _____ Si no puedo obtener nutrición por vía oral, quiero recibir nutrición por sonda/otros medios médicos.
 - b. _____ Si no puedo tomar líquidos por vía oral, quiero recibir líquidos por sonda/otros medios médicos.
 - c. _____ Si necesito ayuda para respirar, quiero que se use un respirador/ventilador.
 - d. _____ Si mi corazón o pulso se han detenido, quiero que se use reanimación cardiopulmonar (RCP).

Si estoy en un **estado de inconsciencia permanente** (condición incurable o irreversible) en la que mi médico tratante y otro médico creen (y escriben en el registro médico) que no se espera que recupere la capacidad de saber quién soy, quiénes son mis amigos y familiares o donde estoy, esta es mi elección:

3. _____ **Quiero extender mi vida el mayor tiempo posible** usando todos los tratamientos que los médicos consideren razonables. Algunos ejemplos son una máquina que respira por mí (respirador/ventilador), tubos de alimentación, productos sanguíneos, medicamentos y/o líquidos que se administren por vía intravenosa o tratamientos para condiciones médicas crónicas.
_____ **O** _____
4. _____ **Quiero permitir que ocurra mi muerte natural** al rechazar o suspender todos los tratamientos, excepto los que elija a continuación:
 - a. _____ Si no puedo obtener nutrición por vía oral, quiero recibir nutrición por sonda/otros medios médicos.
 - b. _____ Si no puedo tomar líquidos por vía oral, quiero recibir líquidos por sonda/otros medios médicos.
 - c. _____ Si necesito ayuda para respirar, quiero que se use un respirador/ventilador.
 - d. _____ Si mi corazón o pulso se han detenido, quiero que se use reanimación cardiopulmonar (RCP)

PARTE CUATRO: Haciendo que esta directiva anticipada sea completa y legalmente válida

Firme y feche (o esté de acuerdo con la firma y fecha de) este formulario en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben ser emocional y mentalmente capaces y tener al menos 18 años de edad, pero los testigos no tienen que estar juntos o presentes con usted cuando firme este formulario.

Un testigo:

- No puede ser una persona que fue seleccionada para ser su agente de atención médica o agente(s) de respaldo
- No puede ser una persona que se beneficiará económicamente de su muerte.
- No puede ser una persona que esté directamente involucrada en su atención médica.

Solo uno de los testigos puede ser un empleado, agente o miembro del personal médico del hospital, centro de enfermería especializada, hospicio u otro centro de atención médica en el que está recibiendo atención médica (pero este testigo no puede participar directamente en su atención médica).

Mi firma y fecha

Este formulario revoca cualquier directiva anticipada de atención médica, poder notarial duradero de atención médica, poder de atención médica o testamento vital que haya completado antes de la fecha indicada junto a mi firma. Este formulario no revoca una directiva anticipada para el tratamiento de salud del comportamiento.

Soy emocional y mentalmente capaz de hacer esta directiva anticipada y entiendo su propósito y efecto. Estoy de acuerdo con todo lo escrito en este documento y he completado este documento según mi libre albedrío.

Firma _____ Fecha _____

Mis testigos

El creador de esta directiva anticipada firmó este formulario en mi presencia o reconoció haberlo firmado. Creo que esta persona está emocional y mentalmente capaz de hacer esta directiva anticipada. Tengo al menos 18 años y firmé este formulario libre y voluntariamente.

Testigo número uno:

Firma _____ Fecha _____

Nombre impreso de testigo _____

Dirección _____

Testigo número dos:

Firma _____ Fecha _____

Nombre impreso de testigo _____

Dirección _____

*****Este documento no necesita ser notarizado*****