



# DIRECTIVA ANTICIPADA DE GEORGIA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Por: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

**Esta directiva anticipada para el cuidado de la salud consta de cuatro partes:**

**PRIMERA PARTE**      **AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA.** *Esta parte le permite elegir a alguien para que tome por usted decisiones de atención médica cuando no pueda (o no quiera) tomarlas por usted mismo. La persona que elija se denomina agente de atención médica. También puede hacer que su agente de atención médica tome decisiones por usted después de su muerte con respecto a la autopsia, la donación de órganos, la donación de cuerpo o sobre la disposición final de su cuerpo. Debe hablar con su agente de atención médica sobre lo importante de su papel.*

**SEGUNDA PARTE**      **PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO.** *Esta parte le permite indicar cuáles son sus preferencias de tratamiento en el supuesto de una condición terminal o si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. La SEGUNDA PARTE entrará en vigencia solo si no puede comunicar cuáles son sus preferencias de tratamiento. Se harán todos los esfuerzos razonables y apropiados para poder comunicarnos con usted acerca de cuáles son sus preferencias de tratamiento antes de que la SEGUNDA PARTE entre en vigencia. Debe hablar con su familia y con otras personas cercanas acerca de cuáles serían sus preferencias de tratamiento.*

**TERCERA PARTE**      **TUTELA.** *Esta parte le permite nombrar a una persona para que sea su tutor en caso de que sea necesario.*

**CUARTA PARTE**      **VIGENCIA Y FIRMAS.** *Esta parte requiere de su firma y las firmas de dos testigos. Debe completar la CUARTA PARTE si ha completado alguna otra parte de este formulario.*

*Puede completar las primeras tres partes enumeradas anteriormente o cualquiera de ellas de forma independiente. Debe completar la CUARTA PARTE de este formulario para que sea efectivo.*

*Debe entregar una copia de este formulario relleno a todas aquellas personas que puedan necesitarlo, como por ejemplo; a su agente de atención médica, a su familia y a su médico. Guarde una copia de este formulario relleno en casa, en un lugar donde pudiera encontrarlo con facilidad si lo necesitara. Revíselo de forma periódica para asegurarse de que aún refleje sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete una nueva directiva anticipada para el cuidado de la salud.*

*El uso de este formulario para la directiva anticipada para el cuidado de la salud es completamente opcional. En Georgia se pueden utilizar otros formularios de directivas anticipadas para el cuidado de la salud.*

*Puede revocar este formulario en cualquier momento. Este formulario reemplazará cualquier directiva anticipada para el cuidado de la salud, poder notarial perpetuo para la atención médica, poder notarial para la atención médica o testamento en vida; que haya completado antes de completar este formulario.*

## PRIMERA PARTE: AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

*La PRIMERA PARTE será efectiva incluso si la SEGUNDA PARTE no se completa. Un médico o proveedor de atención médica que esté directamente involucrado en su atención médica no puede actuar como su agente de atención médica. Si está casado/a, un futuro divorcio o anulación de su matrimonio revocará la selección de dicho cónyuge como su agente de atención médica. Si no está casado/a, un futuro matrimonio revocará la selección de su agente de atención médica a menos que la persona que usted seleccionó como su agente de atención médica sea su nuevo cónyuge.*

### (1) AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Elijo a la siguiente persona como mi agente de atención médica para que tome las decisiones de atención médica por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: \_\_\_\_\_  
(Hogar, Trabajo y Móvil)

### (2) AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA DE RESPALDO

*Esta sección es opcional. La PRIMERA PARTE será efectiva incluso si esta sección se deja en blanco.*

Si no se pudiera contactar mi agente de atención médica en un período de tiempo razonable y no pudiere ser localizado dentro de los esfuerzos razonables o si, por cualquier motivo, mi agente de atención médica no estuviera disponible o no pudiera o no quisiese actuar como mi agente de atención médica, entonces nombro a las siguientes personas, cada una de ellas para actuar sucesivamente en el orden indicado, como mi(s) agente(s) de atención médica de respaldo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: \_\_\_\_\_  
(Hogar, Trabajo y Móvil)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: \_\_\_\_\_  
(Hogar, Trabajo y Móvil)

### **(3) PODERES GENERALES DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Mi agente de atención médica tomará decisiones de atención médica por mí cuando yo no pueda comunicar mis decisiones de atención médica o si elijo que sea mi agente de atención médica el que comunique mis decisiones de atención médica.

Mi agente de atención médica tendrá la misma autoridad para tomar cualquier decisión de atención médica que yo pueda tener. La autoridad de mi agente de atención médica incluye, por ejemplo, el poder de:

- ◆ Admitirme o darme de alta de cualquier hospital, centro de enfermería especializada, hospicio u otro centro o servicio de atención médica;
- ◆ Solicitar, consentir, retener o retirar cualquier tipo de atención médica; y
- ◆ Contratar cualquier instalación o servicio de atención médica para mí, y obligarme a pagar por estos servicios (y mi agente de atención médica no será financieramente responsable de ningún servicio o atención que hayan sido contratados para mí o en mi nombre).

Mi agente de atención médica será mi representante personal a todos los efectos de la ley federal o estatal relacionada con la privacidad de los registros médicos (incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) y tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que tengo yo. También puede divulgar el contenido de mi historial clínico a otros en lo referente a mi atención médica continua.

Mi agente de atención médica puede presentar una copia de esta directiva anticipada para la atención médica en lugar del original y la copia tendrá el mismo valor y efecto que el original.

Mi agente de atención médica puede acompañarme en una ambulancia normal o ambulancia aérea si, en opinión del protocolo del personal de la ambulancia, se permite un pasajero. Mi agente de atención médica puede visitarme o consultarme mientras estoy en un hospital, centro de enfermería especializada, hospicio, u otra instalación o servicio de atención médica si su protocolo permite visitas.

Entiendo que bajo la ley de Georgia:

- ◆ Mi agente de atención médica puede negarse a actuar como mi agente de atención médica;
- ◆ Un tribunal puede quitarle los poderes a mi agente de atención médica si se determina que mi agente de atención médica no está actuando correctamente; y
- ◆ Mi agente de atención médica no tiene el poder de tomar decisiones de atención médica por mí con respecto a psicocirugía, esterilización o tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedad mental o emocional, retraso mental o enfermedad adictiva.

### **(4) GUÍA PARA EL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA.**

Al tomar decisiones de atención médica por mí, mi agente de atención médica debe pensar qué acción sería coherente en concordancia con las conversaciones que hemos tenido en el pasado, mis preferencias de tratamiento expresadas en la SEGUNDA PARTE (si he completado la SEGUNDA PARTE), mis creencias religiosas u otro tipo de valores, además de cómo he manejado asuntos médicos y otros importantes temas en el pasado. Si lo que yo hubiera decidido aún no estuviera claro, entonces mi agente de atención médica deberá tomar las decisiones que crea que son las mejores para mí, considerando cuáles

serían los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias en ese momento, así como las opciones de tratamiento.

**(5) PODERES DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE LA MUERTE.**

**(A) AUTOPSIA**

Mi agente de atención médica tendrá el poder de autorizar la autopsia de mi cuerpo a menos que haya limitado el poder de mi agente de atención médica al poner mis iniciales a continuación.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá el poder de autorizar una autopsia de mi cuerpo (a menos que la ley exija una autopsia).

**(B) Donación de Órganos y Donación de Cuerpo**

Mi agente de atención médica tendrá el poder de disponer de cualquier parte o la totalidad de mi cuerpo para fines médicos de acuerdo con la conformidad de la Ley de donaciones anatómicas de Georgia, a menos que haya limitado el poder de mi agente de atención médica al poner mis iniciales a continuación.

*Coloque sus iniciales en cada una de las declaraciones que desee.*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá el poder de hacer una disposición de mi cuerpo para su uso en el programa de estudios médicos.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá el poder de donar ninguno de mis órganos.

**(C) Disposición Final del Cuerpo**

Mi agente de atención médica tendrá el poder de tomar decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo a menos que haya puesto mis iniciales a continuación.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Quiero que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: \_\_\_\_\_

*(Hogar, Trabajo y Móvil)*

Deseo que mi cuerpo sea:

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Enterrado      O      \_\_\_\_\_ (Iniciales) Incinerado

## SEGUNDA PARTE: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

*La SEGUNDA PARTE entrará en vigencia solo si no pudiera comunicar cuáles son sus preferencias de tratamiento después de que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted acerca de cuáles son sus preferencias de tratamiento. La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia incluso si la PRIMERA PARTE no se completara. Si no ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE, o si su agente de atención médica no está disponible, la SEGUNDA PARTE le proporcionará a su médico y otros proveedores de atención médica información sobre sus preferencias de tratamiento. Si ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE, entonces su agente de atención médica tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica por usted con respecto a los asuntos que están cubiertos en la SEGUNDA PARTE. Su agente de atención médica se guiará por sus preferencias de tratamiento y otros factores descritos en la Sección (4) de la PRIMERA PARTE.*

### (6) CONDICIONES

La SEGUNDA PARTE será efectiva si me encuentro en alguna de las siguientes condiciones:

*Coloque sus iniciales en cada condición en la que desea que la SEGUNDA PARTE sea efectiva.*

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

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Un estado de inconsciencia permanente, lo que significa que estoy en una condición incurable o irreversible en la que no soy consciente ni de mí mismo ni de mi entorno y tampoco demuestro un comportamiento de respuesta a mi entorno.

Mi condición se determinará por escrito después de un examen por parte de mi médico tratante y de un segundo médico, siempre de acuerdo con los estándares médicos actualmente aceptados.

### (7) PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

*Indique cuál es su preferencia de tratamiento con sus iniciales en (A), (B) o (C). Si elige (C), indique sus preferencias de tratamiento adicionales colocando sus iniciales en una o más de las declaraciones que siguen a (C). Puede proporcionar instrucciones adicionales sobre sus preferencias de tratamiento en la siguiente sección. Se le ofrecerá cuidado paliativo, incluido el alivio del dolor, pero es posible que también desee indicar cuáles serían sus preferencias específicas con respecto al alivio del dolor en la siguiente sección.*

Si me encuentro en alguna de las condiciones en las que puse mis iniciales en la Sección (6) anterior y, ya no puedo comunicar mis preferencias sobre el tratamiento después de que

se hayan hecho todos los esfuerzos razonables y apropiados para comunicármelas, entonces:

(A) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Tratar de prolongar mi vida el mayor tiempo posible, utilizando todos los medicamentos, máquinas u otros procedimientos médicos que, según un criterio médico razonable, podrían mantenerme con vida. Si no puedo ingerir alimentos o líquidos por vía oral, quiero recibir alimentos o líquidos por sonda u otros medios médicos.

O

(B) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Permitir que ocurra mi muerte natural. No quiero ningún medicamento, máquina u otro procedimiento médico que, según un criterio médico razonable, pueda mantenerme vivo pero no curarme. No deseo que me pongan una sonda o se usen otros medios médicos para recibir nutrición ni líquidos, excepto cuando sea necesario para administrar analgésicos.

O

(C) \_\_\_\_\_ (Iniciales) No quiero ningún medicamento, máquina u otro procedimiento médico que, según un criterio médico razonable, pueda mantenerme con vida pero no curarme, excepto en los siguientes casos:

*Coloque sus iniciales en cada afirmación que desee aplicar a la opción (C).*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si no puedo alimentarme por la boca, quiero recibir nutrición por sonda u otros medios médicos.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si no puedo tomar líquidos por la boca, quiero recibir líquidos por sonda u otros medios médicos.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si necesito ayuda para respirar, quiero que se use un ventilador.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si mi corazón o mi pulso se han detenido, quiero que usen resucitación cardiopulmonar (RCP).

## **(8) DECLARACIONES ADICIONALES**

*Esta sección es opcional. La SEGUNDA PARTE será efectiva incluso si esta sección se deja en blanco. Esta sección le permite establecer preferencias de tratamiento adicionales, ofrecer orientación adicional a su agente de atención médica (si ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE) o proporcionar información sobre cuáles son sus valores personales y religiosos acerca de su tratamiento médico. Por ejemplo, es posible que desee indicar sus preferencias de tratamiento con respecto a los medicamentos para combatir infecciones, una cirugía, una amputación, una transfusión de sangre o la diálisis renal. Entendiendo que no puede prever todo lo que podría sucederle una vez que ya no pudiera comunicar sus preferencias de tratamiento, es posible que desee dar una orientación a su agente de atención médica (si ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE) sobre cómo satisfacer sus preferencias de tratamiento. Es posible que desee indicar sus preferencias específicas con respecto al alivio del dolor.*

---

---

---

---

**(9) EN CASO DE EMBARAZO**

*La SEGUNDA PARTE será efectiva incluso si esta sección se deja en blanco.*

Entiendo que, según la ley de Georgia, la SEGUNDA PARTE generalmente no tendrá valor ni efecto si estoy embarazada, a menos que el feto no sea viable e indique con mis iniciales a continuación que deseo que se lleve a cabo la SEGUNDA PARTE.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Quiero que se cumpla la SEGUNDA PARTE si mi feto no es viable.

<b>TERCERA PARTE: TUTELA</b>
------------------------------

**(10) TUTELA**

*La TERCERA PARTE es opcional. Esta directiva anticipada para el cuidado de la salud será efectiva incluso si la TERCERA PARTE se deja en blanco. Si desea nominar a una persona para que sea su tutor en caso de que un tribunal decida que debe designarse un tutor, complete la TERCERA PARTE. Un tribunal le asignará un tutor si determinara que usted no puede tomar decisiones importantes y responsables por sí mismo con respecto a su apoyo personal, seguridad o bienestar. Un tribunal nombrará a la persona nominada por usted si determina que el nombramiento servirá a sus mejores intereses y bienestar. Si ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE, puede (pero no está obligado a hacerlo) nominar a la misma persona para que sea su tutor. Si su agente de atención médica y su tutor no son la misma persona, su agente de atención médica tendrá prioridad sobre su tutor para tomar las decisiones de atención médica, a menos que un tribunal determine lo contrario.*

(A) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Nomino a mi agente de atención médica para que también actúe como mi tutor. *Elija (A) solo si también ha completado la PRIMERA PARTE.*

**O**

(B) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Nomino a la siguiente persona para que sea mi tutor:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: \_\_\_\_\_  
(Hogar, Trabajo y Móvil)

## CUARTA PARTE: VIGENCIA Y FIRMAS

Esta directiva anticipada para el cuidado de la salud entrará en vigencia **solo** si no puedo o decido no tomar o comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de la salud.

Este formulario revoca cualquier directiva anticipada para el cuidado de la salud, poder notarial perpetuo para la atención médica, poder notarial para el cuidado de la salud o testamento en vida que haya completado antes de esta fecha.

A menos que haya puesto mis iniciales a continuación y haya proporcionado fechas o eventos futuros alternativos, esta directiva anticipada para el cuidado de la salud entrará en vigencia en el momento en que la firme y permanecerá vigente hasta mi muerte (y después de mi muerte en la medida que ha quedado autorizada en la Sección (5) o PRIMERA PARTE).

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Esta directiva anticipada para el cuidado de la salud entrará en vigencia el /con \_\_\_\_\_ y finalizará el o con \_\_\_\_\_.  
(fecha o evento) (fecha o evento)

***Debe firmar y fechar o reconocer firmar y fechar este formulario en presencia de dos testigos.***

*Ambos testigos deben estar en su sano juicio y deben tener al menos 18 años de edad, pero no es necesario que los testigos estén juntos o presentes con usted cuando firme este formulario.*

*Un testigo:*

- ◆ *No puede ser una persona que haya sido seleccionada para ser su agente de atención médica o agente de atención médica de respaldo en la PRIMERA PARTE;*
- ◆ *No puede ser una persona que a sabiendas heredará algo de usted o que de otro modo obtendría un beneficio financiero a sabiendas de su muerte; o*
- ◆ *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 esté recibiendo atención médica (pero este testigo no puede estar directamente involucrado en su atención médica).*

Al firmar a continuación, declaro que soy emocional y mentalmente capaz de hacer esta directiva anticipada para el cuidado de la salud y que entiendo su propósito y efecto.

\_\_\_\_\_  
(Firma del declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



El declarante firmó este formulario en mi presencia o reconoció haber firmado este formulario. En base a mi observación personal, el declarante parecía ser emocional y mentalmente capaz de cumplimentar esta directiva anticipada para el cuidado de la salud y firmó este formulario de manera consciente y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
*(Firma del Primer Testigo)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firma del Segundo Testigo)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*Este formulario no necesita ser notariado.*

Si necesita asistencia adicional, llame al:

Piedmont Athens Regional Hospital	706-475-2696
Piedmont Atlanta Hospital	404-605-3692
Piedmont Augusta Hospital	706-774-5811
Piedmont Augusta McDuffie	706-597-5420
Piedmont Cartersville Medical Center	470-490-1937
Piedmont Columbus Regional – Midtown	706-571-1000
Piedmont Columbus Regional – Northside	706-494-2100
Piedmont Eastside Medical Center	770-736-2388
Piedmont Fayette Hospital	770-719-7037
Piedmont Henry Hospital	678-604-1054
Piedmont Macon Medical	478-765-4104
Piedmont Macon North	478-757-6294
Piedmont Mountainside Hospital	706-301-5522
Piedmont Newnan Hospital	770-400-2280
Piedmont Newton Hospital	770-786-7053
Piedmont Rockdale Hospital	770-918-3444
Piedmont Walton Hospital	770-267-1711