



**DIRECTRICES ANTICIPADAS DE GEORGIA
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE
FOR HEALTH CARE**

De: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Name (Escriba su nombre en letra de molde) Date of Birth: (mes/ día / año)

Estas directrices anticipadas para el cuidado de la salud consta de cuatro secciones:
This advance directive for health care has four parts:

**PRIMERA
SECCIÓN
PART ONE**

REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD. *Esta sección le permite seleccionar a alguien que tome decisiones sobre el cuidado de su salud cuando usted no pueda (o no quiera) tomarlas. La persona que usted seleccione se denominará el representante del cuidado de la salud. Usted también puede designar al representante del cuidado de la salud para que tome decisiones por usted con respecto a su autopsia, la donación de órganos, de su cuerpo y la disposición final de sus restos. Usted debe conversar con su representante sobre la función importante que él/ella deberá desempeñar.*

HEALTH CARE AGENT. *This part allows you to choose someone to make health care decisions for you when you cannot (or do not want to) make health care decisions for yourself. The person you choose is called a health care agent. You may also have your health care agent make decisions for you after your death with respect to an autopsy, organ donation, body donation, and final disposition of your body. You should talk to your health care agent about this important role.*

**SEGUNDA
SECCIÓN
PART TWO**

PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO. *Esta sección le permite expresar sus preferencias de tratamiento si padece de alguna condición terminal o si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. Esta SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigor únicamente si usted no puede expresar sus preferencias de tratamiento. Se llevarán a cabo los pasos razonables y apropiados para comunicarle [a usted] sus preferencias de tratamiento antes de que la SEGUNDA SECCIÓN entre en vigor. Usted deberá hablar con su familia y sus otros allegados sobre sus preferencias de tratamiento.*

TREATMENT PREFERENCES. *This part allows you to state your treatment preferences if you have a terminal condition or if you are in a state of permanent unconsciousness. PART TWO will become effective only if you are unable to communicate your treatment preferences. Reasonable and appropriate efforts will be made to communicate with you about your treatment preferences before PART TWO becomes effective. You should talk to your family and others close to you about your treatment preferences.*

**TERCERA
SECCIÓN
PART THREE**

TUTELA. *Esta sección le permite nombrar a una persona para que sea su tutor si tuviera que tener uno.*

GUARDIANSHIP. *This part allows you to nominate a person to be your guardian should one ever be needed.*

**CUARTA
SECCIÓN
PART FOUR**

VIGENCIA Y FIRMAS. *En esta sección se requiere su firma y la de dos testigos. Usted deberá completar la CUARTA SECCIÓN si ha rellenado una de las otras secciones de este formulario.*

EFFECTIVENESS AND SIGNATURES. *This part requires your signature and the signatures of two witnesses. You must complete PART FOUR if you have filled out any other part of this form.*

Usted puede rellenar una o las primeras tres secciones de la lista arriba mencionada. Usted deberá rellenar la CUARTA SECCIÓN de este formulario para que el mismo tenga vigencia.
You may fill out any or all of the first three parts listed above. You must fill out PART FOUR of this form in order for this form to be effective.

Usted debe entregarle una copia de este formulario rellenado a las personas que lo puedan necesitar; como por ejemplo, el representante del cuidado de su salud, su familia, y su médico. Mantenga una copia de este formulario en su hogar en un lugar donde se pueda encontrar fácilmente si fuera necesario. Haga una revisión periódica de este documento para asegurarse de que todavía refleja sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete otro formulario de las directrices anticipadas para el cuidado de la salud.

You should give a copy of this completed form to people who might need it, such as your health care agent, your family, and your physician. Keep a copy of this completed form at home in a place where it can be easily found if it is needed. Review this completed form periodically to make sure it still reflects your preferences. If your preferences change, complete a new advance directive for health care.

El uso de las directrices anticipadas para el cuidado de la salud es completamente opcional. En Georgia se pueden utilizar otros formularios de directrices anticipadas para el cuidado de la salud.

Using this form of advance directive for health care is completely optional. Other forms of advance directives for health care may be used in Georgia.

Usted puede revocar este formulario en cualquier momento luego de haberlo completado. Después de haberlo completado, este formulario reemplazará las directrices anticipadas para el cuidado de la salud, el poder legal duradero para el cuidado de la salud, el cuidado de la salud por poder o el testamento vital que usted haya completado antes de rellenar este formulario.

You may revoke this completed form at any time. This completed form will replace any advance directive for health care, durable power of attorney for health care, health care proxy, or living will that you have completed before completing this form.

<p style="text-align: center;">PRIMERA SECCIÓN: EL REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD PART ONE: HEALTH CARE AGENT</p>
--

La PRIMERA SECCIÓN tendrá vigencia aunque no haya completado la SEGUNDA SECCIÓN. El médico o proveedor del cuidado de su salud que está involucrado directamente con su tratamiento médico, no puede desempeñar la función de su representante del cuidado de la salud. Si está casado y en el futuro se divorcia o queda anulado su matrimonio, quedará revocada la designación de su cónyuge actual como su representante del cuidado de la salud. Si no está casado y se casa en el futuro, quedará revocada la designación de su representante del cuidado de la salud, a menos que la persona que usted seleccionó como su representante del cuidado de la salud es su nuevo cónyuge.

PART ONE will be effective even if PART TWO is not completed. *A physician or health care provider who is directly involved in your health care may not serve as your health care agent. If you are married, a future divorce or annulment of your marriage will revoke the selection of your current spouse as your health care agent. If you are not married, a future marriage will revoke the selection of your health care agent unless the person you selected as your health care agent is your new spouse.*

(1) REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD
HEALTH CARE AGENT

He designado a la siguiente persona como mi representante del cuidado de la salud para que tome las decisiones sobre el cuidado de mi salud:

I select the following person as my health care agent to make health care decisions for me:

Nombre: _____
Name

Dirección: _____
Address

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

(2) REPRESENTANTE DE LA SALUD SUSTITUTO
BACK-UP HEALTH CARE AGENT

Esta sección es opcional. La PRIMERA SECCIÓN tendrá vigencia aunque esta sección no haya sido completada

This section is optional. PART ONE will be effective even if this section is left blank.

Si mi representante del cuidado de la salud no ha podido ser localizado dentro de un plazo de tiempo razonable incluyendo los esfuerzos razonables por localizarlo; o, si por algún motivo no está disponible o no puede o no está dispuesto a obrar en su calidad de representante del cuidado de la salud, o si se niega desempeñar la función de representante del cuidado de la salud, designo a las siguientes personas para que cada una obre de forma sucesiva y en el orden designado, para que desempeñen la función de mi(s) representante (s) del cuidado de la salud sustituto(s):

If my health care agent cannot be contacted in a reasonable time period and cannot be located with reasonable efforts or for any reason my health care agent is unavailable or unable or unwilling to act as my health care agent, then I select the following, each to act successively in the order named, as my back-up health care agent(s):

Nombre: _____
Name

Dirección: _____
Address

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

Nombre: _____
Name

Dirección: _____
Address

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

(3) FACULTADES GENERALES DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD **GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT**

El representante del cuidado de mi salud tomará las decisiones sobre mi atención médica cuando yo no pueda expresarlas o cuando yo decida que el representante del cuidado de mi salud comunique mis decisiones sobre mi cuidado médico.

My health care agent will make health care decisions for me when I am unable to communicate my health care decisions or I choose to have my health care agent communicate my health care decisions.

El representante del cuidado de mi salud tendrá la misma facultad que yo tendría al tomar cualquier decisión sobre mi cuidado médico. Las facultades de las cuales dispone mi representante del cuidado de la salud incluyen, por ejemplo, las siguientes:

My health care agent will have the same authority to make any health care decisions that I could make. My health care agent's authority includes, for example, the power to:

- ◆ Ingresarme o darme de alta de cualquier hospital, institución de enfermería especializada, servicios médicos de hospicio, o cualquier otra institución o servicios de cuidado médico;

Admit me to or discharge me from any hospital, skilled nursing facility, hospice, or other health care facility or service;

- ◆ Solicitar, permitir, suspender o retirar cualquier tipo de tratamiento médico; y

Request, consent to, withhold, or withdraw any type of health care; and

- ◆ Contratar en mi nombre los servicios de cualquier institución o servicios de cuidado médico y comprometerme a pagar estos servicios (y mi representante del cuidado de la salud no será responsable financieramente de cualquier servicio o tratamiento contratado para mí o en representación mía).

Contract for any health care facility or service for me, and to obligate me to pay for these services (and my health care agent will not be financially liable for any services or care contracted for me or on my behalf).

El representante del cuidado de mi salud será mi representante personal para todos los propósitos pertinentes a 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 que yo a mis expedientes médicos y puede divulgar el contenido de los mismos a terceros para la continuidad de mi cuidado médico.

My health care agent will be my personal representative for all purposes of federal or state law related to privacy of medical records (including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) and will have the same access to my medical records that I have and can disclose the contents of my medical records to others for my ongoing health care.

El representante del cuidado de mi salud puede acompañarme en una ambulancia o ambulancia aérea si el protocolo del personal de la ambulancia permite la presencia de un pasajero, y el representante del cuidado de mi salud puede visitarme o gestionar cualquier asunto conmigo personalmente mientras me encuentre en el hospital, institución de cuidados de enfermería especializados, servicios médicos de hospicio, o cualquier otro centro de cuidado médico, si el protocolo del mismo permite visitas.

My health care agent may accompany me in an ambulance or air ambulance if in the opinion of the ambulance personnel protocol permits a passenger and my health care agent may visit or consult with me in person while I am in a hospital, skilled nursing facility, hospice, or other health care facility or service if its protocol permits visitation.

El representante del cuidado de mi salud puede presentar una copia de esta directriz anticipada para el cuidado de la salud en lugar del documento original, y la copia tendrá el mismo significado y vigencia que el original.

My health care agent may present a copy of this advance directive for health care in lieu of the original and the copy will have the same meaning and effect as the original.

Entiendo que según las leyes de Georgia:

I understand that under Georgia law:

- ◆ El representante del cuidado de mi salud puede rehusarse a actuar como el representante del cuidado de mi salud;

My health care agent may refuse to act as my health care agent;

- ◆ El tribunal puede retirar las facultades del representante del cuidado de mi salud si el mismo dictamina que no está actuando de forma adecuada; y

A court can take away the powers of my health care agent if it finds that my health care agent is not acting properly; and

- ◆ El representante del cuidado de mi salud no tiene la facultad de tomar decisiones por mí sobre el cuidado de mi salud en cuanto a la sico-cirugía, esterilización o el tratamiento o internamiento no voluntario para enfermedades mentales o emocionales, atraso mental o enfermedades relacionadas a la adicción.

My health care agent does not have the power to make health care decisions for me regarding psychosurgery, sterilization, or treatment or involuntary hospitalization for mental or emotional illness, mental retardation, or addictive disease.

(4) GUÍAS DE ORIENTACIÓN PARA EL REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT

Cuando el representante del cuidado de la salud tome las decisiones sobre mi cuidado médico, el mismo deberá reflexionar sobre la acción que está más acorde con las conversaciones que hemos sostenido en el pasado, incluyendo mis preferencias de tratamiento expresadas en la SEGUNDA SECCIÓN (si he completado la SEGUNDA SECCIÓN), mis creencias religiosas y de otra índole, mis valores, y en la forma que en el pasado me he desenvuelto con mis asuntos médicos y demás asuntos de importancia. Si lo que yo decida no está aún claro, entonces el representante del cuidado de mi salud deberá tomar las decisiones por mí tomando en cuenta mi mejor interés, y considerando los beneficios cargas y riesgos de mis circunstancias actuales, incluyendo las opciones de tratamiento.

When making health care decisions for me, my health care agent should think about what action would be consistent with past conversations we have had, my treatment preferences as expressed in PART TWO (if I have filled out PART TWO), my religious and other beliefs and values, and how I have handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my health care agent should make decisions for me that my health care agent believes are in my best interest, considering the benefits, burdens, and risks of my current circumstances and treatment options.

(5) FACULTADES DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE LA SALUD DESPUÉS DE MI MUERTE

POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH

(A) AUTOPSIA

Autopsy

El representante del cuidado de mi salud tendrá la facultad de autorizar a que se realice una autopsia de mi cadáver, a menos que yo haya impuesto límites a sus facultades al colocar mis iniciales en el blanco que aparece a continuación.

My health care agent will have the power to authorize an autopsy of my body unless I have limited my health care agent's power by initialing below.

_____ (Iniciales) El representante del cuidado de mi salud no dispondrá de ninguna facultad de autorizar a que se realice una autopsia de mi cadáver (a menos que sea requerida por ley.)

My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law).

(B) DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DEL CADÁVER

Organ Donation and Donation of Body

El representante del cuidado de mi salud tendrá la facultad de realizar la disposición de cualquier parte o de todo de mi cadáver para fines médicos según la ley de Donaciones Anatómicas de

Georgia («Georgia Anatomical Gift Act»), a menos que yo haya impuesto límites a sus facultades al colocar mis iniciales en el blanco que aparece a continuación.

My health care agent will have the power to make a disposition of any part or all of my body for medical purposes pursuant to the Georgia Anatomical Gift Act, unless I have limited my health care agent's power by initialing below.

Coloque sus iniciales al lado de cada una de las frases que le corresponda:

Initial each statement that you want to apply.

_____ (Iniciales) El representante del cuidado de mi salud no tendrá la facultad de disponer de mi cadáver para propósitos del programa de estudios médicos.

My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in medical study program.

_____ (Iniciales) El representante del cuidado de mi salud no tendrá la facultad de donar ningunos de mis órganos.

My health care agent will not have the power to donate any of my organs.

(C) DISPOSICIÓN FINAL DEL CADÁVER

Final Disposition of Body

El representante del cuidado de mi salud tendrá la facultad de tomar decisiones sobre la disposición final de mi cadáver, a menos que yo haya colocado mis iniciales a continuación.

My health care agent will have the power to make decisions about the final disposition of my body unless I have initialed below.

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

I want the following person to make decisions about the final disposition of my body:

Nombre: _____
Name

Dirección: _____
Address

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

Deseo que mi cadáver sea:

I wish for my body to be:

_____ (Iniciales) Enterrado
Buried

O
or

_____ (Iniciales) Cremado
Cremated

SEGUNDA SECCIÓN: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO
PART TWO: TREATMENT PREFERENCES

La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia únicamente si usted no ha podido manifestar sus preferencias de tratamiento luego de que se hayan realizados los esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse con usted sobre sus preferencias de tratamiento. La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia aún cuando no se haya completado la PRIMERA SECCIÓN. Si usted no ha seleccionado a ninguna persona como el representante del cuidado de su salud en la PRIMERA SECCIÓN, o si su representante no está disponible, entonces su médico y los proveedores del cuidado de su salud utilizarán la SEGUNDA SECCIÓN donde usted ha indicado sus preferencias de tratamiento. Si usted ha seleccionado a alguien como el representante del cuidado de su salud en la PRIMERA SECCIÓN, entonces esa persona tendrá la facultad de tomar todas las decisiones sobre el cuidado de su salud con respecto a lo indicado en la SEGUNDA SECCIÓN. El representante del cuidado de su salud se regirá por sus preferencias de tratamiento y otros factores descritos por usted en el párrafo (4) de la PRIMERA SECCIÓN.

PART TWO will be effective only if you are unable to communicate your treatment preferences after reasonable and appropriate efforts have been made to communicate with you about your treatment preferences. PART TWO will be effective even if PART ONE is not completed. If you have not selected a health care agent in PART ONE, or if your health care agent is not available, then PART TWO will provide your physician and other health care providers with your treatment preferences. If you have selected a health care agent in PART ONE, then your health care agent will have the authority to make all health care decisions for you regarding matters covered by PART TWO. Your health care agent will be guided by your treatment preferences and other factors described in Section (4) of PART ONE.

(6) CONDICIONES
CONDITIONS

La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia si yo tuviera una de las siguientes condiciones:

PART TWO will be effective if I am in any of the following conditions:

Coloque las iniciales de su nombre y apellido al lado de las condiciones que, de acuerdo a sus deseos deberán tener vigencia en la SEGUNDA SECCIÓN.

Initial each condition in which you want PART TWO to be effective.

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

A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time.

_____ (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 de mi entorno, y no demuestro tener ninguna reacción a mi entorno.

A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment.

Mi condición se determinará por escrito luego de un examen médico por el médico que me atiende y por un segundo médico, en conformidad con las normas médicas aceptadas.

My condition will be determined in writing after personal examination by my attending physician and a second physician in accordance with currently accepted medical standards.

(7) PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO
TREATMENT PREFERENCES

Coloque las iniciales de su nombre y apellido en la (A), (B) o (C) para indicar sus preferencias de tratamiento. Si selecciona la opción (C), indique sus preferencias de tratamiento adicionales colocando sus iniciales en una o en más de una de las preferencias que se encuentran debajo de la opción (C.) Usted puede proveer instrucciones adicionales sobre la preferencia de

tratamiento que usted desea recibir en la próxima sección. Usted recibirá un cuidado que le proporcionará comodidad y alivio para el dolor. No obstante, usted también puede indicar sus preferencias específicas en cuanto al alivio para el dolor en la próxima sección.

State your treatment preference by initialing (A), (B), or (C). If you choose (C), state your additional treatment preferences by initialing one or more of the statements following (C). You may provide additional instructions about your treatment preferences in the next section. You will be provided with comfort care, including pain relief, but you may also want to state your specific preferences regarding pain relief in the next section.

Si yo estuviese bajo una de las condiciones marcadas con mis iniciales en la Sección (6) arriba mencionada, y no pudiese expresar mis preferencias de tratamiento después de que se hayan realizado los esfuerzos razonables y adecuados para poderse comunicar conmigo al respecto, entonces:

If I am in any condition that I initialed in Section (6) above and I can not longer communicate my treatment preferences after reasonable and appropriate efforts have been made to communicate with me about my treatment preferences, then:

(A) _____ (*Iniciales*) Traten de prolongar mi vida lo más posible, utilizando todos los medicamentos, maquinarias y demás procedimientos médicos que, según los juicios médicos razonables, pudieran mantenerme con vida. Si yo no pudiese tomar nutrición o líquidos por vía oral, entonces deseo que me administren los mismos por sonda o por otros medios médicos.

Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive. If I am unable to take nutrition or fluids by mouth, then I want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means.

O or

(B) _____ (*Iniciales*) Permitan que ocurra mi muerte natural. No deseo ningún medicamento, maquinaria y demás procedimientos médicos que, según los juicios médicos razonables, pudiese mantenerme con vida pero que no me pudiese curar. No deseo que me administren nutrición ni líquidos por sonda, ni por medio de otros medios médicos, a menos que sea necesario para administrarme los medicamentos para el dolor.

Allow my natural death to occur. I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me. I do not want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means except as needed to provide pain medication.

O or

(C) _____ (*Iniciales*) No deseo ningún medicamento, maquinaria y demás procedimientos médicos que, según los juicios médicos razonables, pudiesen mantenerme con vida pero sin curarme, a menos que:

I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows:

Coloque sus iniciales al lado de la frase que usted desea que aplique a la opción (C)

Initial each statement that you want to apply to option (C).

_____ (*Iniciales*) Si no puedo tomar nutrición por vía oral, deseo recibirla por sonda o por otro medio médico.

If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means.

_____ (*Iniciales*) Si no puedo tomar líquidos por vía oral, deseo recibir líquidos por sonda o por otro medio médico.

If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means.

_____ (*Iniciales*) Si necesito ayuda para respirar, deseo que utilicen un ventilador.

If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used.

_____ (*Iniciales*) Si mi corazón o mi pulso para de funcionar, deseo que me realicen resucitación cardio-pulmonar (RCP)

If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used.

(8) DECLARACIONES ADICIONALES
ADDITIONAL STATEMENTS

Esta sección es opcional. La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia aún cuando no complete esta sección. Esta sección le permite señalar sus preferencias sobre tratamientos adicionales como también sirve para proporcionarle una guía adicional al representante del cuidado de su salud (si usted ha seleccionado uno en la PRIMERA SECCIÓN) o para proveer información sobre sus valores personales y religiosos con respecto a su atención médica. Por ejemplo, usted puede señalar sus preferencias de tratamiento relacionadas con los medicamentos utilizados para combatir infecciones, cirugía, amputaciones, transfusión de sangre o diálisis renal. Con el entendimiento de que usted no puede prever todo lo que le va a suceder cuando no pueda expresar sus preferencias de tratamiento, usted deseará orientar al representante del cuidado de su salud (si usted seleccionó a alguien en la PRIMERA SECCIÓN) sobre cómo respetar sus preferencias de tratamiento. Usted puede señalar sus preferencias con respecto al alivio para el dolor.

This section is optional. PART TWO will be effective even if this section is left blank. This section allows you to state additional treatment preferences, to provide additional guidance to your health care agent (if you have selected a health care agent in PART ONE), or to provide information about your personal and religious values about your medical treatment. For example, you may want to state your treatment preferences regarding medications to fight infection, surgery, amputation, blood transfusion, or kidney dialysis. Understanding that you cannot foresee everything that could happen to you after you can no longer communicate your treatment preferences, you may want to provide guidance to your health care agent (if you have selected a health care agent in PART ONE) about following your treatment preferences. You may want to state your specific preferences regarding pain relief.

(9) EN CASO DE EMBARAZO
IN CASE OF PREGNANCY

La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia aunque no complete esta sección.
PART TWO will be effective even if this section is left blank.

Entiendo que, según la ley de Georgia, la SEGUNDA SECCIÓN generalmente no tendrá ninguna obligación ni vigencia si estoy embarazada, a menos que el feto no sea viable y que al colocar mis iniciales en el renglón que sigue abajo expreso mi deseo de que la SEGUNDA SECCIÓN se lleve a cabo.

I understand that under Georgia law, PART TWO generally will have no force and effect if I am pregnant unless the fetus is not viable and I indicate by initialing below that I want PART TWO to be carried out.

_____ (Iniciales) Deseo que la SEGUNDA SECCIÓN se lleve a cabo si mi feto no es viable.

I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable.

TERCERA SECCIÓN: TUTELA
PART THREE: GUARDIANSHIP

(10) LA TUTELA
GUARDIANSHIP

LA TERCERA SECCIÓN es opcional. Esta directriz anticipada para el cuidado de la salud tendrá vigencia aún cuando usted no complete la TERCERA SECCIÓN. Si usted desea nombrar una persona para que sea su tutor en caso de que un tribunal haya decretado a que se designe un tutor, complete la TERCERA SECCIÓN. Un tribunal le designará un tutor si decide que usted no puede tomar decisiones responsables significativas por sí mismo con relación a su sustento, seguridad o bienestar personal. Un tribunal designará a la persona que usted nombre si decide que dicha designación le servirá para su mejor interés y bienestar. Si usted ha seleccionado a un representante del cuidado de su salud en la PRIMERA SECCIÓN, usted puede (pero no está requerido) a nombrar a la misma persona para que sea su tutor. Si el representante del cuidado de su salud y su tutor no son la misma persona, el representante del cuidado de su salud tendrá prioridad sobre su tutor al tomar las decisiones sobre el cuidado de su salud, a menos que un tribunal dictamine lo contrario.

PART THREE is optional. This advance directive for health care will be effective even if PART THREE is left blank. If you wish to nominate a person to be your guardian in the event a court decides that a guardian should be appointed, complete PART THREE. A court will appoint a guardian for you if the court finds that you are not able to make significant responsible decisions for yourself regarding your personal support, safety, or welfare. A court will appoint the person nominated by you if the court finds that the appointment will serve your best interest and welfare. If you have selected a health care agent in PART ONE, you may (but are not required to) nominate the same person to be your guardian. If your health care agent and guardian are not the same person, your health care agent will have priority over your guardian in making your health care decisions, unless a court determines otherwise.

(A) _____ (Iniciales) Yo nombro al representante del cuidado de mi salud para que obre también como mi tutor. Seleccione (A) **sólamente** si usted también ha completado la PRIMERA SECCIÓN.

I nominate my health care agent to also serve as my guardian. Choose (A) **only** if you have also completed PART ONE.

O or

(B) _____ (Iniciales) Yo nombro a la siguiente persona para que obre como mi tutor:

I nominate the following person to serve as my guardian:

Nombre: _____
Name

Dirección: _____
Address

Números de teléfono: _____
Telephone Numbers (Casa, trabajo y celular)

CUARTA SECCIÓN: VIGENCIA Y FIRMAS
PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES

Esta directriz anticipada para el cuidado de la salud tendrá vigencia **únicamente** si no puedo o decido no tomar ni expresar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud.

This advance directive for health care will become effective **only** if I am unable or choose not to make or communicate my own health care decisions.

Este formulario revoca cualquier directriz anticipada para el cuidado de la salud, el poder legal duradero para el cuidado de la salud, el cuidado de la salud por poder o el testamento vital que he completado antes de la fecha de hoy.

This form revokes any advance directive for health care, durable power of attorney for health care, health care proxy, or living will that I have completed before this date.

A menos que haya colocado mis iniciales en el renglón abajo y haya proporcionado fechas o eventos futuros alternos, esta directriz anticipada tendrá vigencia cuando yo la firme; y permanecerá vigente hasta mi muerte (y después de mi muerte, en la medida que haya sido autorizada en el párrafo (5) de la PRIMERA SECCIÓN).

Unless I have initialed below and have provided alternative future dates or events, this advance directive for health care will become effective at the time I sign it and will remain effective until my death (and after my death to the extent authorized in Section (5) or PART ONE).

_____ (Iniciales) Esta directriz anticipada para el cuidado de la salud tendrá vigencia en o a partir de (fecha o evento) ____ de _____ de _____, y terminará en o a partir de (fecha o evento) ____ de _____ de _____.

This advance directive for health care will become effective on or upon (*date or event*) and will terminate on or upon (*date or event*).

Usted deberá firmar este documento y fecharlo, o reconocer haberlo firmado y fechado ante la presencia de dos testigos. Ambos testigos deberán gozar de mente sana y tener por lo menos 18 años de edad, pero los testigos no tienen que estar juntos ni presentes con usted cuando usted firme este formulario.

You must sign and date or acknowledge signing and dating this form in the presence of two witnesses. Both witnesses must be of sound mind and must be at least 18 years of age, but the witnesses do not have to be together or present with you when you sign this form.

Un testigo:

A witness:

- ◆ ***No puede ser una persona que haya sido seleccionada como el representante del cuidado de su salud o el representante del cuidado de la salud sustituto en la PRIMERA SECCIÓN;***
Cannot be a person who was selected to be your health care agent or back-up health care agent in PART ONE;
- ◆ ***No puede ser una persona quien, a sabiendas, vaya a heredar algo de usted o que, de otra forma y a sabiendas, se beneficie financieramente de su muerte, o***
Cannot be a person who will knowingly inherit anything from you or otherwise knowingly gain a financial benefit from your death;
or
- ◆ ***No puede ser una persona involucrada directamente en el cuidado de su salud.***
Cannot be a person who is directly involved in your health care.

Solamente uno de los testigos puede ser empleado, agente o miembro del equipo médico del hospital, institución de enfermería especializada, asilo de hospicio u otro centro de cuidado de la salud en el cual usted está recibiendo atención médica (pero este testigo no puede estar envuelto directamente en el cuidado de su salud).

Only one of the witnesses may be an employee, agent, or medical staff member of the hospital, skilled nursing facility, hospice, or other health care facility in which you are receiving health care (but this witness cannot be directly involved in your health care).

Al firmar abajo, declaro que estoy emocional y mentalmente apto para realizar esta directriz anticipada para el cuidado de la salud, y entiendo su propósito y vigencia.

By signing below, I state that I am emotionally and mentally capable of making this advance directive for health care and that I understand its purpose and effect.

(Firma de Declarante) (Signature of Declarant)

(Fecha) (Date)

El declarante firmó este formulario en mi presencia o lo reconoció al firmar este formulario. En base a lo que he observado, el declarante aparenta estar emocional y mentalmente apto para realizar esta directriz anticipada para el cuidado de la salud, y firmó este formulario intencionadamente y por voluntad propia.

The declarant signed this form in my presence or acknowledged signing this form to me. Based upon my personal observation, the declarant appeared to be emotionally and mentally capable of making this advance directive for health care and signed this form willingly and voluntarily.

(Firma del Primer Testigo) (Signature of First Witness)

(Fecha) (Date)

Nombre en letra de molde: _____

Print Name:

Dirección: _____

Address:

(Firma del Segundo Testigo) (Signature of Second Witness)

(Fecha) (Date)

Nombre en letra de molde: _____

Print Name:

Dirección: _____

Address:

Este formulario no necesita ser notariado.

This form does not need to be notarized.

Si necesita asistencia adicional, favor de comunicarse

CON: If additional assistance is needed, please call:

Piedmont Athens Regional	706-475-2696
Piedmont Atlanta Hospital	404-605-4812
Piedmont Fayette Hospital	770-719-7037
Piedmont Henry Hospital	678-604-1054
Piedmont Mountainside Hospital	706-301-5290
Piedmont Newnan Hospital	770-304-4293
Piedmont Newton Hospital	678-625-2093