

Directivas anticipadas para la atención médica de Georgia

(Spanish)

Por: _____
(Nombre en letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____
(mes/día/año)

Esta directiva anticipada para la atención médica tiene cuatro partes:

PARTE UNO: Agente de atención médica. Esta parte le permite elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede (o no quiere) tomar decisiones de atención médica por usted mismo. La persona que elija se llama un agente de atención médica. También puede hacer que su agente de atención médica tome decisiones por usted después de su muerte con respecto a una autopsia, donación de órganos, donación de cuerpo y disposición final de su cuerpo. Debe hablar con su agente de atención médica sobre esta importante función.

PARTE DOS: Preferencias de tratamiento. Esta parte le permite decir sus preferencias de tratamiento si tiene una condición terminal o si está en un estado de inconsciencia permanente. La PARTE DOS entrará en vigencia solo si no puede comunicar sus preferencias de tratamiento. Se harán esfuerzos razonables y apropiados para comunicarnos con usted sobre sus preferencias de tratamiento antes de que la PARTE DOS entre en vigencia. Debe hablar con su familia y otras personas cercanas a usted sobre sus preferencias de tratamiento.

PARTE TRES: Tutela. Esta parte le permite designar a una persona para que sea su tutor en caso de que sea necesario.

PARTE CUATRO: Vigencia y firmas. Esta parte necesita su firma y las firmas de dos testigos. Debe completar la PARTE CUATRO si ha llenado alguna otra parte de este formulario.

Puede completar cualquiera o todas las primeras tres partes mencionadas arriba. Debe completar la PARTE CUATRO de este formulario para que este entre en vigencia.

Debe entregar una copia de este formulario completo a las personas que puedan necesitarlo, como su agente de atención médica, su familia y su médico. Guarde una copia de este formulario completo en casa en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente si lo necesita. Revise este formulario completado periódicamente para asegurarse de que aún refleje sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete una nueva directiva anticipada para la atención médica.

El uso de este formulario de directiva anticipada para la atención médica es completamente opcional. En Georgia se pueden usar otros formularios de directivas anticipadas para la atención médica.

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

PARTE UNO: Agente de atención médica

La PARTE UNO entrará en vigencia incluso si la PARTE DOS no se completa. Un médico o proveedor de atención médica que participe directamente en su atención médica no puede actuar como su agente de atención médica. Si está casado, un futuro divorcio o anulación de su matrimonio revocará la selección de su cónyuge actual como su agente de atención médica. Si no está casado, un futuro matrimonio revocará la selección de su agente de atención médica, a menos que la persona que 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 decisiones de atención médica por mí:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

(trabajo, casa y móvil)

2. Agente de atención médica de respaldo

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

Si no se puede contactar a mi agente de atención médica en un período de tiempo razonable y no se puede ubicar con esfuerzos razonables o por cualquier motivo mi agente de atención médica no está disponible o no puede o no quiere actuar como mi agente de atención médica, entonces selecciono los siguientes, cada uno para actuar sucesivamente en el orden indicado, como mis agentes de atención médica de respaldo:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____
(trabajo, casa y móvil)

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____
(trabajo, casa y móvil)

3. Poderes generales del agente de atención médica

Mi agente de atención médica tomará decisiones de atención médica por mí cuando no pueda comunicar mis decisiones de atención médica o si elijo que mi agente de atención médica 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 tomar. 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;
- Pedir, consentir, retener o quitar cualquier tipo de atención médica; y,
- Contratar cualquier centro o servicio de atención médica para mí, y para obligarme a pagar por estos servicios (y mi agente de atención médica no será financieramente responsable de ningún servicio o atención 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 (incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) y tendrá el mismo acceso a mi expediente médico que tengo yo y puede revelar el contenido de mi expediente médico a otros para mi atención médica continua.

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

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 significado y efecto que el original.

Entiendo que según 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 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

Cuando tome decisiones de atención médica por mí, mi agente de atención médica debe pensar qué acción sería coherente con las conversaciones que hemos tenido en el pasado, mis preferencias de tratamiento expresadas en la PARTE DOS (si completé la PARTE DOS), mis creencias religiosas y de otro tipo y valores, y cómo he manejado cuestiones médicas y otros temas importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría aún no está claro, entonces mi agente de atención médica debe tomar las decisiones por mí que mi agente de atención médica crea que son lo mejor para mí, considerando los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales y las opciones de tratamiento.

5. Poderes del agente de atención médica después del fallecimiento

(A) AUTOPSIA

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

_____ (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 según la Ley de donaciones anatómicas de Georgia, a menos que haya limitado el poder de mi agente de atención médica al poner mis iniciales abajo.

Coloque sus iniciales en cada declaración que quiera aplicar.

_____ (Iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá el poder de disponer de mi cuerpo para usarlo en un 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 abajo.

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

(trabajo, casa y móvil)

Quiero que mi cuerpo sea:

_____ (Iniciales) Enterrado

O

_____ (Iniciales) Cremado

PARTE DOS: Preferencias de tratamiento

La PARTE DOS entrará en vigencia solo si no puede comunicar sus preferencias de tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted sobre sus preferencias de tratamiento. La PARTE DOS entrará en vigencia incluso si la PARTE UNO no se completa. Si no ha seleccionado un agente de atención médica en la PARTE UNO, o si su agente de atención médica no está disponible, la PARTE DOS les dará a su médico y otros proveedores de atención médica sus preferencias de tratamiento. Si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO, entonces su agente de atención médica tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica por usted con respecto a los asuntos cubiertos por la PARTE DOS. Su agente de atención médica se guiará por sus preferencias de tratamiento y otros factores descritos en la Sección (4) de la PARTE UNO.

6. Condiciones

La PARTE DOS será efectiva si estoy en alguna de las siguientes condiciones:

Coloque sus iniciales en cada condición en la que quiere que la PARTE DOS sea efectiva.

_____ (Iniciales) **Una condición terminal, lo que significa que tengo una condición incurable o irreversible que dará como resultado 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 de mí mismo ni de mi entorno y no muestro una respuesta de comportamiento a mi entorno.**

Mi condición se determinará por escrito después de un examen personal por mi médico de atención directa y un segundo médico de acuerdo con los estándares médicos actualmente aceptados.

7. Preferencias de tratamiento

Indique su preferencia de tratamiento con sus iniciales (A), (B) o (C). Si elige (C), indique sus otras preferencias de tratamiento colocando sus iniciales en una o más de las declaraciones que siguen a (C). Puede dar más instrucciones sobre sus preferencias de tratamiento en la siguiente sección. Se le dará atención reconfortante, incluyendo el alivio del dolor, pero es posible que también quiera decir sus preferencias específicas con respecto al alivio del dolor en la siguiente sección.

Si estoy en alguna de las condiciones que puse con mis iniciales en la Sección (6) arriba y ya no puedo comunicar mis preferencias de tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y apropiados para comunicarme sobre mis preferencias de tratamiento, entonces:

(A) _____ (Iniciales) **Trate de prolongar mi vida el mayor tiempo posible, usando todos los medicamentos, máquinas u otros procedimientos médicos que, según un juicio médico razonable, podrían mantenerme con vida. Si no puedo recibir nutrición o líquidos por vía oral, entonces quiero recibir nutrición o líquidos por sonda u otros medios médicos.**

O

(B) _____ (Iniciales) **Permita 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 recibir nutrición ni líquidos por sonda u otros medios médicos, 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 estos casos:**

Coloque sus iniciales en cada declaración que quiera aplicar a la opción (C).

_____ (Iniciales) **Si no puedo recibir nutrición por vía oral, quiero recibir nutrición por sonda u otros medios médicos.**

_____ (Iniciales) **Si no puedo recibir líquidos por vía oral, quiero recibir líquidos por sonda u otros medios médicos.**

_____ (Iniciales) **Si necesito ayuda para respirar, quiero que se use un respirador.**

_____ (Iniciales) **Si mi corazón o mi pulso se detienen, quiero que se use resucitación cardiopulmonar (RCP).**

8. Más declaraciones

Esta sección es opcional. La PARTE DOS será efectiva incluso si esta sección se deja en blanco. Esta sección le permite establecer más preferencias de tratamiento, dar más guía a su agente de atención médica (si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO) o dar información sobre sus valores personales y religiosos sobre su tratamiento médico. Por ejemplo, es posible que quiera decir sus preferencias de tratamiento con respecto a los medicamentos para combatir infecciones, operación, amputación, transfusión de sangre o diálisis renal. Entendiendo que no puede prever todo lo que podría sucederle después de que ya no pueda comunicar sus preferencias de tratamiento, es posible que quiera dar guía a su agente de atención médica (si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO) sobre cómo seguir sus preferencias de tratamiento. Es posible que quiera decir sus preferencias específicas con respecto al alivio del dolor.

9. En caso de embarazo

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

Entiendo que, según la ley de Georgia, la PARTE DOS generalmente no tendrá vigencia ni efecto si estoy embarazada, a menos que el feto no sea viable y diga con mis iniciales abajo que quiero que se haga la PARTE DOS.

_____ (iniciales) **Quiero que se haga la PARTE DOS si mi feto no es viable.**

PARTE TRES: Tutela

10. Tutela

La PARTE TRES es opcional. Esta directiva anticipada para la atención médica será efectiva incluso si la PARTE TRES se deja en blanco. Si quiere designar a una persona para que sea su tutor en caso de que un tribunal decida que debe designarse un tutor, complete la PARTE TRES. Un tribunal le asignará un tutor si determina que usted no puede tomar decisiones importantes y responsables por sí mismo con respecto a su apoyo personal, seguridad o bienestar. Un tribunal designará a la persona nominada por usted si determina que el nombramiento servirá a sus mejores intereses y bienestar. Si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO, puede (pero no está obligado a hacerlo) designar 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 sus decisiones de atención médica, a menos que un tribunal determine lo contrario.

Indique su preferencia con sus iniciales (A) o (B). Elija (A) solo si también completó la PARTE UNO.

(A) _____ (Iniciales) Designo a la persona que actúa como mi agente de atención médica según la PARTE UNO para que actúe como mi tutor.

O

(B) _____ (Iniciales) Designo a la siguiente persona para que actúe como mi tutor:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

(trabajo, casa y móvil)

PARTE CUATRO: Vigencia y firmas

Esta directiva anticipada de atención médica entrará en vigencia solo si no puedo o decido no tomar o comunicar mis propias decisiones sobre la atención médica.

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

A menos que haya puesto mis iniciales abajo y haya dado fechas o eventos futuros alternativos, esta directiva anticipada para la atención médica entrará en vigencia en el momento en que la firme y permanecerá vigente hasta mi muerte (y después de mi muerte en la medida autorizada en la Sección (5) de la PARTE UNO).

_____ (Iniciales) Esta directiva anticipada para la atención médica entrará en vigencia el _____ y terminará el _____.

Debe firmar y colocar la fecha o reconocer la firma y fecha de este formulario en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben estar en su sano juicio y deben ser mayores de 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 fue seleccionada para ser su agente de atención médica o agente de atención médica de respaldo en la PARTE UNO;*
- No puede ser una persona que a sabiendas heredará algo de usted o que de otro modo obtendrá un beneficio financiero a sabiendas de su muerte; o,*
- No puede ser una persona que participe directamente 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 participar directamente en su atención médica).

Firmando abajo, declaro que soy emocional y mentalmente capaz de hacer esta directiva anticipada para la atención médica 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 ante mí. Basado en mi observación personal, el declarante parecía ser emocional y mentalmente capaz de hacer esta directiva anticipada para la atención médica y firmó este formulario de manera voluntaria y de buena gana.

(Firma del primer testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

(Firma del segundo testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Este formulario no necesita estar notariado.