

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
SPANISH TRANSLATIONS
/DIRECTIVA AVANZADA PARA ATENCIÓN MÉDICA DE GEORGIA

By/Por: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____
(Print Name/Nombre en letra imprenta) (Month/Day/Year Día/Mes/Año)

Esta directiva avanzada para atención médica consta de cuatro partes:

- PART ONE/PARTE UNO** HEALTH CARE AGENT/AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA. *Esta parte le permite elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted cuando usted no pueda (o no lo desee) tomar decisiones de atención médica por sí mismo. La persona que usted elige se llama agente de atención médica. También puede pedirle a su agente de atención médica que tome decisiones por usted después de su muerte con respecto a la autopsia, donación de órganos, donación del cuerpo y disposición final de su cuerpo. Debe hablar con su agente de atención médica sobre esta importante función.*
- PART TWO/PARTE DOS** TREATMENT PREFERENCES/PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO. *Esta parte le permite indicar sus preferencias de tratamiento si tiene una enfermedad terminal o si se encuentra 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 entre en vigencia la PARTE DOS. Debe hablar con su familia y otras personas cercanas a usted sobre sus preferencias de tratamiento.*
- PART THREE/PARTE TRES** GUARDIANSHIP/TUTELA. *Esta parte le permite designar a una persona para que sea su tutor en caso de que sea necesario.*
- PART FOUR/PARTE CUATRO** EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/VIGENCIA Y FIRMAS. *Esta parte requiere de su firma y las firmas de dos testigos. Debe completar la CUARTA PARTE si ha completado cualquier otra parte de este formulario.*

Puede completar cualquiera o todas las primeras tres partes enumeradas anteriormente. Debe completar la CUARTA PARTE de este formulario para que el mismo sea efectivo.

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

El uso de esta forma de directiva anticipada para atención médica es completamente opcional. En Georgia se pueden utilizar otras formas de directivas anticipadas para atención médica.

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

PART ONE: HEALTH CARE AGENT/PARTE UNO: AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

[La PRIMERA PARTE será efectiva incluso si no se completa la SEGUNDA PARTE. 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, 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 matrimonio futuro revocará la selección de su agente de atención médica a menos que la persona que haya seleccionado como su agente de atención médica sea su nuevo cónyuge].

(1) HEALTH CARE AGENT/AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Selecciono a la siguiente persona como agente de atención médica para que tome decisiones de atención médica en mi representación:

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Telephone/Números de teléfono: _____

(Home, Work, and Mobile/Particular, de trabajo y móvil)

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/Agente de atención médica sustituto

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

Si no se puede contactar con mi agente de atención médica en un período de tiempo razonable y no se puede localizar con esfuerzos razonables o por cualquier razón 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 mi(s) agente(s) de atención médica sustituto:

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Telephone/Números de teléfono: _____

(Home, Work, and Mobile/Particular, de trabajo y móvil)

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Telephone/Números de teléfono: _____

(Home, Work, and Mobile/Particular, de trabajo y móvil)

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/Poderes generales del Agente de atención médica

Mi agente de atención médica tomará decisiones de atención médica en mi representación cuando no pueda comunicar mis decisiones de atención médica o decida 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, la facultad de:

- Ingresarme o darme el alta de cualquier hospital, centro de enfermería especializada, centro de cuidados paliativos u otro centro o servicio de atención médica,
- Solicitar, consentir, retener o retirar cualquier tipo de atención médica, y
- Contratar cualquier centro 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 contratado para mí o en mi nombre).

Mi agente de atención médica será mi representante personal para todos los efectos de las leyes federales o estatales relacionadas con la privacidad de los registros médicos (incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996) y tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que tengo y puede divulgar el contenido de mis registros médicos a otras personas 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, lo permite un pasajero y mi agente de atención médica puede visitarme o consultarme en persona mientras estoy en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos u otro centro o servicio de atención médica si su protocolo permite las visitas.

Mi agente de atención médica puede presentar una copia de esta directiva anticipada para 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 no está actuando correctamente, y
- Mi agente de atención médica no tiene el poder de tomar decisiones de atención médica en mi representación con respecto a psicocirugía, esterilización o tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedad mental o emocional, retraso mental o enfermedad adictiva.

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/Pautas para el Agente de atención médica

Al tomar decisiones de atención médica en mi representación, mi agente de atención médica debe pensar qué acción sería consistente con conversaciones anteriores que hayamos tenido, mis preferencias de tratamiento expresadas en la SEGUNDA PARTE (si he completado la SEGUNDA PARTE), mis creencias religiosas y de otro tipo y valores, y cómo he manejado cuestiones médicas y otras cuestiones importantes en el pasado. Si lo que decidiría aún no está claro, entonces mi agente de atención médica debe tomar las decisiones que mi agente de atención médica considere que son lo mejor para mí, considerando los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias y opciones de tratamiento actuales.

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/FACULTADES DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE LA MUERTE
(A) AUTOPSY/AUTOPSIA

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

_____ (Initials/Iniciales) My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law)./Mi agente de atención médica no tendrá la facultad de autorizar la autopsia de mi cuerpo (a menos que la ley exija la autopsia).

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DONACIÓN DEL CUERPO

Mi agente de atención médica tendrá la facultad de hacer una disposición de cualquier parte o la totalidad de mi cuerpo para fines médicos de conformidad con 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.

[Escriba sus iniciales en cada declaración que desee aplicar].

_____ (Initials/Iniciales) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./Mi agente de atención médica no tendrá la facultad de hacer una disposición de mi cuerpo para su uso en un programa de estudios médicos.

_____ (Initials/Iniciales) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./Mi agente de atención médica no tendrá la facultad de donar ninguno de mis órganos.

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY/DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO

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

_____ (Initials/Iniciales) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo:

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Telephone/Números de teléfono: _____
(Home, Work, and Mobile/Particular, de trabajo y móvil)

Deseo que mi cuerpo sea:

_____ (Initials/Iniciales) Buried/Enterrado

O BIEN

_____ (Initials/Iniciales) Cremated/Incinerado

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES/PARTE DOS PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO.

[La PARTE DOS será efectiva solo si usted no puede comunicar sus preferencias de tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y apropiados para comunicarle sus preferencias de tratamiento. LA SEGUNDA PARTE será efectiva incluso si no se completa la PRIMERA PARTE. Si no ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE, o si su agente de atención médica no está disponible, la PARTE DOS le informará a su médico y a otros proveedores de atención médica sus preferencias de tratamiento. Si ha seleccionado un agente de atención médica en la PARTE UNO, su agente de atención médica tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica en su representación 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 establecidos en la Sección (4) de la PRIMERA PARTE].

(6) CONDITIONS/CONDICIONES

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

[Escriba sus iniciales en cada condición en la que desea que la SEGUNDA PARTE sea efectiva].

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

_____ (Initials/Iniciales) 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./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 ninguna respuesta conductual a mi entorno.

Mi estado será determinado por escrito después de un examen personal realizado por mi médico tratante y un segundo médico de acuerdo con los estándares médicos actualmente aceptados.

(7) TREATMENT PREFERENCES/PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

[Indique su preferencia de tratamiento colocando sus iniciales (A), (B) o (C). Si elige (C), indique sus preferencias de tratamiento adicional iniciando 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 brindará atención reconfortante, incluido el alivio del dolor, pero es posible que también desee indicar sus preferencias específicas con respecto al alivio del dolor en la siguiente sección].

Si me encuentro en cualquier condición en la que puse mis iniciales en la Sección (6) anterior y ya no puedo comunicar mis preferencias de tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo sobre mis preferencias de tratamiento, entonces:

(A) _____ (Initials/Iniciales) 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./Intenten prolongar mi vida el mayor tiempo posible, utilizando todos los medicamentos, máquinas u otros procedimientos médicos que, a juicio médico razonable, puedan mantenerme con vida. Si no puedo recibir nutrición o líquidos por vía oral, entonces quiero recibir nutrición o líquidos por sonda u otro medio médico.

O BIEN

(B) _____ (Initials/Iniciales) Allow my natural death to occur./Dejen que ocurra mi muerte natural. No quiero ningún medicamento, máquina u otro procedimiento médico que, según un criterio médico razonable, pueda mantenerme con vida pero no pueda curarme. No deseo recibir nutrición ni líquidos por sonda u otros medios médicos, excepto cuando sea necesario para proporcionar analgésicos.

O BIEN

(C) _____ (Initials/Iniciales) 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/No quiero ningún medicamento, máquina u otro procedimiento médico que, según un criterio médico razonable, pueda mantenerme con vida, pero no pueda curarme, excepto lo siguiente:

[Escriba sus iniciales en cada declaración que desee aplicar()].

_____ (Iniciales) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./Si no puedo recibir nutrición por vía oral, quiero recibir nutrición por sonda u otro medio médico.

_____ (Iniciales) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./Si no puedo tomar líquidos por vía oral, quiero recibir líquidos por sonda u otro medio médico.

_____ (Iniciales) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./Si necesito ayuda para respirar, quiero que utilicen un ventilador.

_____ (Iniciales) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./Si mi corazón o mi pulso se han detenido, quiero que me hagan reanimación cardiopulmonar (RCP).

(8) ADDITIONAL STATEMENTS/DECLARACIONES ADICIONALES

[Esta sección es opcional. La PARTE DOS será efectiva incluso si esta sección se deja en blanco. Esta sección le permite indicar preferencias de tratamiento adicionales, brindar orientación adicional a su

agente de atención médica (si ha seleccionado un agente de atención médica en la PARTE UNO) o brindar información sobre sus valores personales y religiosos sobre su tratamiento médico. Por ejemplo, es posible que desee indicar sus preferencias de tratamiento con respecto a medicamentos para combatir infecciones, cirugía, amputación, transfusión de sangre o diálisis renal. Al comprender que no puede prever todo lo que podría sucederle después de que ya no pueda comunicar sus preferencias de tratamiento, es posible que desee brindar orientación a su agente de atención médica (si ha seleccionado un agente de atención médica en la PRIMERA PARTE) sobre cómo seguir sus preferencias de tratamiento. Es posible que desee indicar sus preferencias específicas con respecto al alivio del dolor].

(9) IN CASE OF PREGNANCY/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 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 PARTE DOS.

_____ (Initials/Iniciales) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./Quiero que se realice la SEGUNDA PARTE si mi feto no es viable.

PART THREE: GUARDIANSHIP/PARTE TRES: TUTELA.

(10) GUARDIANSHIP/TUTELA

[LA PARTE TRES es opcional. Esta directiva anticipada para atención médica será efectiva incluso si la PARTE TRES se deja en blanco. Si desea nombrar a una persona para que sea su tutor en caso de que un tribunal decida que se debe nombrar un tutor, complete la PARTE TRES. Un tribunal le asignará un tutor si determina que usted no puede tomar decisiones importantes y responsables con respecto a su apoyo, seguridad o bienestar personal. Un tribunal nombrará a la persona designada por usted si determina que el nombramiento servirá a sus mejores intereses y bienestar. Si ha seleccionado un agente de atención médica en la PARTE UNO, puede (pero no está obligado a) 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 al tomar sus decisiones de atención médica, a menos que un tribunal determine lo contrario].

[Indique su preferencia de colocando sus iniciales (A) o (B). Elija (A) solo si también ha completado la PARTE UNO].

(A) _____ (Initials/Iniciales) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./Designo a la persona que actúa como mi agente de atención médica según la PARTE UNO para que actúe como mi tutor.

O BIEN

(B) _____ (Initials/Iniciales) I nominate the following person to serve as my guardian/Designo a la siguiente persona para que actúe como mi tutor:

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Telephone/Números de teléfono: _____
(Home, Work, and Mobile/Particular, de trabajo y móvil)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/PARTE CUATRO: VIGENCIA Y FIRMAS

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

Este formulario revoca cualquier directiva anticipada para atención médica, poder notarial duradero para atención médica, poder para atención médica o testamento vital 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 atención médica entrará en vigor 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).

_____ (Initials/Iniciales) Esta directiva anticipada para atención médica entrará en vigor el _____ y terminará el _____.

Debe firmar y fechar o reconocer la firma y la fecha de 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 los testigos no tienen que estar juntos ni presentes con usted cuando firme este formulario.

El testigo:

- No puede ser una persona que hubiera sido seleccionada para ser su agente de atención médica o su agente de atención médica sustituto en la PRIMERA PARTE,*
- No puede ser una persona que, a sabiendas, heredará algo de usted ni obtendrá, a sabiendas, un beneficio financiero por 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, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención médica en el que usted recibe atención médica (pero este testigo no puede participar directamente en su atención médica).

Al firmar a continuación, declaro que soy emocional y mentalmente capaz de redactar esta directiva anticipada para atención médica y que entiendo su propósito y efecto.

(Signature of Declarant/Firma del Declarante)

(Date/Fecha)

El declarante ha firmado este formulario en mi presencia o ha reconocido haberlo firmado ante mí. Según mi observación personal, el declarante parecía ser emocional y mentalmente capaz de redactar esta directiva anticipada para la atención médica y firmó este formulario de manera voluntaria.

(Signature of First Witness/Firma del Testigo)

(Date/Fecha)

Print Name/Nombre en letra imprenta: _____
Address/Dirección: _____

_____ (Signature of Second Witness/Firma del Segundo Testigo)	_____ (Date/Fecha)
Print Name/Nombre en letra imprenta: _____	
Address/Dirección: _____	

[No es necesario que un notario certifique este formulario].