



NORTHSIDE HOSPITAL

Atlanta • Cherokee • Forsyth

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA
LA ATENCIÓN MÉDICA Y ASUNTOS DE
SALUD EN EL ESTADO DE GEORGIA**



NORTHSIDE HOSPITAL

Atlanta • Cherokee • Forsyth

Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud: “El Derecho a Decidir”

Las leyes del estado de Georgia le otorgan el derecho a todo adulto competente, a tomar sus propias decisiones sobre asuntos de salud. Esto incluye el derecho a elegir la atención médica que desee, a negarse a recibir ciertos tipos de atención o a interrumpir por completo la atención. Las leyes del estado de Georgia también le permiten elegir a una persona para que tome las decisiones médicas en su nombre, en el caso en que usted no pueda o no desee hacerlo.

La mejor forma de tener control sobre los tratamientos médicos que le vayan a realizar, es firmar un “Documento de Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud del Estado de Georgia” antes de que su salud se vea afectada de manera tal que ya no pueda comunicar sus deseos.

¿Qué es un “Documento de Instrucciones Anticipadas”?

Un documento de instrucciones anticipadas es un formulario de carácter legal, donde se enumeran sus deseos en cuanto a tratamientos y atención médicos. Asimismo, usted puede designar a una persona para que tome las decisiones sobre tratamientos y atención médicos, en el caso que usted no pueda hacerlo. A estos formularios se los denomina instrucciones anticipadas, porque están escritos antes de que ocurra una condición de salud grave, con el propósito de que otras personas puedan conocer sus deseos.

Antes de Julio 1 de 2007, las leyes del estado de Georgia reconocían la validez de dos tipos de documentos de “instrucciones anticipadas”: el *Testamento de Vida* y el *Poder Notarial Duradero para Asuntos de Salud y Atención Médica*.

Recientemente se introdujeron cambios en las leyes del estado de Georgia, se combinaron los dos formularios mencionados creando un solo formulario simple, llamado “Documento de Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud del Estado de Georgia”.

¿Qué sucede si ya he completado un Testamento de Vida o un Poder Notarial Duradero para Asuntos de Salud y Atención Médica antes de que la nueva ley entrara en vigencia?

Los documentos de instrucciones anticipadas creados antes de la nueva ley no pierden su legalidad. Si así lo desea, usted puede cambiar sus documentos al nuevo formato de formulario, pero no es obligatorio hacerlo.

¿Es necesario tener un Documento de Instrucciones Anticipadas?

No. Las leyes federales establecen que es ilegal que un hospital deniegue atención médica a una persona por no tener un documento de instrucciones anticipadas.

Por ley, el hospital sí debe preguntarle si usted tiene instrucciones anticipadas, y también debe darle información acerca de las leyes estatales y las normas del hospital referentes a las instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si yo decido no crear un documento de instrucciones anticipadas?

Siempre que conserve sus capacidades mentales y sea capaz de comunicarse, usted podrá tomar sus propias decisiones en cuanto a la atención médica que desea recibir.

Si usted es incapaz de tomar decisiones por sí mismo y no ha dejado formalizadas por escrito sus instrucciones anticipadas, las leyes de Georgia autorizan a que su pariente sea quien autorice los tratamientos médicos que le harán a usted.

Si las instrucciones anticipadas que tengo fueron hechas en otro estado, ¿serán las mismas aceptadas por Northside?

Northside acepta los documentos de instrucciones anticipadas de otros estados, si los mismos cumplen con los requerimientos establecidos por las leyes del estado de Georgia.

Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud: “El Derecho a Decidir”

¿Qué es un “Documento de Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud del Estado de Georgia”?

Las “Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud del Estado de Georgia” es un documento de carácter legal escrito o llenado por usted. Cumple la función de informarle al médico y a sus proveedores de atención médica:

- SECCIÓN I:

Trata sobre cómo elegir a una persona que pueda tomar decisiones por usted referentes a su atención médica. A esta persona se le llama “representante para asuntos de salud”.

¿A quién podría yo designar como mi “representante para asuntos de salud”?

Usted puede designar a cualquier adulto como su representante para asuntos de salud. Elija a una persona que sepa acerca de sus deseos y en quien usted pueda confiar para que haga que los mismos se cumplan. Si usted designa a su cónyuge y luego se divorcia, los derechos de su ex-cónyuge para tomar decisiones médicas en su nombre serán cancelados automáticamente cuando se ejecute la sentencia de divorcio. La única persona que no puede ser su representante para asuntos de salud es su médico o su proveedor de atención médica.

¿Qué es lo que hará mi “representante para asuntos de salud”?

Su representante para asuntos de salud podrá tomar decisiones médicas concernientes a su tratamiento o atención, si es que usted no puede o no desea hacerlo. También puede optar porque su representante para asuntos de salud sea quien tome decisiones sobre donación de órganos y de cuerpo, y sobre procesos de autopsia, luego de su fallecimiento.

¿Qué es lo que mi “representante para asuntos de salud” no puede hacer?

Su representante para asuntos de salud no tiene autorización para consentir a la realización de cirugías psiquiátricas, esterilización u hospitalización por razones de enfermedad mental o abuso de drogas o alcohol. Además de lo anterior, sin el permiso de su representante para asuntos de salud, el médico no puede ordenarle un tratamiento para mantenerle cómodo o para aliviarle dolores.

¿Puedo designar a más de una persona para que sea mi representante para asuntos de salud?

No es recomendable designar a más de una persona a la vez para que tomen decisiones en su nombre. Si ambas personas no se ponen de acuerdo acerca de las opciones de tratamientos, pueden surgir dificultades. Sin embargo, sí es recomendable nombrar a una segunda persona, en caso de que la persona principal no pueda o no desee actuar como representante en el momento necesario.

- SECCIÓN II:

Trata sobre cómo instruir a los proveedores de atención médica acerca de sus deseos. Puede declarar en un documento de instrucciones anticipadas si es que usted no desea que se le realicen tratamientos para mantenerle vivo, en el caso de que tenga una enfermedad terminal, o si está en estado inconsciente permanente. Los anteriores, son tratamientos que no curan una enfermedad terminal ni lo mejoran, pero pueden posponer el fallecimiento de la persona. Algunos ejemplos de estos tratamientos son la resucitación cardiopulmonar (RCP) para que el corazón vuelva a latir y la persona vuelva a respirar, o conectarle a una máquina para ayudarle a respirar. También puede decidir si desea recibir alimentos o líquidos a través de un tubo en el caso de que se vea imposibilitado para comer o beber por sí mismo.

¿Qué son las enfermedades terminales y el estado de inconsciencia permanente?

Una enfermedad terminal es una condición que no tiene cura. Los tratamientos médicos solamente pueden posponer el fallecimiento, pero no lo curarán. Sin los tratamientos, la muerte puede ocurrir en un corto período. Un estado de inconsciencia permanente implica que usted está en un estado irreversible o incurable, y que además no es consciente de lo que le rodea o ni siquiera de usted mismo.

Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud: “El Derecho a Decidir”

¿Puedo nombrar aquellos tratamientos en particular que no deseo que se me realicen?

Si usted desea nombrar aquellos tratamientos en particular que no desea que se le hagan, puede hacerlo. *Por ejemplo, podría decir cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos con medicamentos para aliviar infecciones o para aliviar dolores, cirugías, amputaciones, transfusiones de sangre, o diálisis de riñón.*

¿Puedo nombrar tratamientos en particular que sí deseo?

Sí, definitivamente. Algunas personas piensan que desearían que se hiciera todo lo posible para mantenerles vivos, siempre que exista una esperanza.

- SECCIÓN III:

Trata sobre cómo sustituir al representante o cambiar los términos de las instrucciones anticipadas en caso de que usted cambie de opinión.

¿Estoy a tiempo de cambiar de opinión una vez que mis instrucciones anticipadas hayan sido escritas?

Usted puede cambiar o anular sus instrucciones anticipadas en cualquier momento. Esto significa que usted puede cambiar los términos o el representante para sus decisiones médicas. Para cambiar un documento de instrucciones anticipadas, rompa el documento de instrucciones anticipadas original y llene un nuevo formulario, fírmelo y obtenga la firma de un testigo. Entregue copias a su representante para asuntos de salud, a su médico o proveedor de atención médica, y a sus familiares o parientes. Si usted desea anular sus instrucciones anticipadas, rompa el original e infórmeles a su representante para asuntos de salud, a su médico o proveedor de atención médica, y a sus familiares, que ha cancelado las instrucciones anticipadas que tenía.

¿Siempre se deben cumplir las instrucciones anticipadas?

Generalmente sí, siempre que se cumpla con las leyes del estado de Georgia. Si el proveedor de atención médica no puede seguir sus instrucciones anticipadas por razones morales, religiosas o profesionales, aunque cumplan con las leyes del estado de Georgia, debe de comunicárselo en forma inmediata a usted o a su representante. Entonces, deben transferir su atención a otro médico o planificar su traslado a otra localidad donde sí puedan cumplir con sus deseos. En un caso de emergencia, puede resultar imposible conocer cuáles son sus chances de sobrevivencia o de recuperación. Una vez que haya pasado la emergencia, sus proveedores de atención médica podrán determinar mejor cuál es su condición y podrán revisar sus instrucciones anticipadas y seguirlas.

Si estoy embarazada, ¿se cumplirán los deseos escritos en mis instrucciones anticipadas?

Eso depende. Cualquier instrucción que implique impedir la realización o retirar tratamientos para mantener vivo al bebé, no se podrán cumplir si el bebé está lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir fuera del útero si nace. Aún en el caso que el bebé no esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir al parto, los tratamientos que usted haya elegido no podrán realizarse, a menos que haya escrito las letras iniciales de su nombre junto al párrafo que figura en el formulario de ***“Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud del Estado de Georgia”***, donde dice que usted desea que se suspenda o se retire cualquier tratamiento para mantener vivo al feto si el mismo no puede sobrevivir fuera del útero.

¿Existe algún límite de tiempo que estipule por cuánto se mantendrá la vigencia legal de mis instrucciones anticipadas?

No existe ningún límite de tiempo que restrinja las instrucciones anticipadas para asuntos de salud y atención médica.

Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud: “El Derecho a Decidir”

Luego de haber llenado el documento de instrucciones anticipadas, ¿qué debo hacer con el mismo?

Una vez haya terminado de llenar el documento de instrucciones anticipadas, y el mismo esté firmado correctamente en la presencia de un testigo, debe entregarle una copia a:

- Su representante para asuntos de salud
- Su médico o su proveedor de atención médica
- Sus familiares
- Puede también completar una **“Tarjeta de Instrucciones Anticipadas para Asuntos de Salud del Estado de Georgia”**, la cual está incluida al final del presente formulario, y la puede guardar en su cartera. La tarjeta dice que usted tiene un documento de instrucciones anticipadas y contiene la información de la persona a quien se debe contactar.

¿Cuáles son las normas de Northside Hospital respecto a instrucciones anticipadas?

- Northside Hospital va a hacer cumplir las instrucciones anticipadas siempre y cuando las mismas cumplan con las leyes del estado de Georgia.
- Northside Hospital, dentro de lo permitido por las leyes, también reconoce y respeta los derechos que tienen los pacientes con plena capacidad mental, para aceptar o rechazar los tratamientos médicos o quirúrgicos que se les ofrecen.
- Las normas de Northside Hospital estipulan que los empleados NO PUEDEN firmar como testigos ninguno de los documentos mencionados en la presente.

¿Necesito un abogado para llenar un documento de instrucciones avanzadas?

No. El formulario proporcionado tiene fuerza legal en el estado de Georgia, siempre que se sigan las instrucciones que figuran en el mencionado formulario.

Georgia Advance Directive For Health Card
Tarjeta de Instrucciones Médicas Anticipadas de Georgia

Directives I have completed: (check one or more as appropriate)
Instrucciones que he llenado: (marque una o más, según corresponda)

Part I Healthcare Agent / Sección 1 Representante

Part 2 Treatment Preferences / Sección 2
Tratamientos Elegidos

Part 3 Guardianship / Sección 3 Tutela legal

Person to Contact: _____
Persona a contactar

Address: _____
Dirección

City: _____ **State:** _____
Ciudad Estado

Zip: _____ **Phone:** _____
Código Postal Telefono

Date/Fecha: _____

Signature/Firma: _____

Georgia Advance Directive For Health Card
Tarjeta de Instrucciones Médicas Anticipadas de Georgia

Directives I have completed: (check one or more as appropriate)
Instrucciones que he llenado: (marque una o más, según corresponda)

Part I Healthcare Agent / Sección 1 Representante

Part 2 Treatment Preferences / Sección 2
Tratamientos Elegidos

Part 3 Guardianship / Sección 3 Tutela legal

Person to Contact: _____
Persona a contactar

Address: _____
Dirección

City: _____ **State:** _____
Ciudad Estado

Zip: _____ **Phone:** _____
Código Postal Telefono

Date/Fecha: _____

Signature/Firma: _____



NORTHSIDE HOSPITAL

Atlanta • Cherokee • Forsyth

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y ASUNTOS DE SALUD EN EL ESTADO DE GEORGIA

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____

Print Name

Month/Day/Year

Escriba su nombre en letra de imprenta

Mes/Día/Año

Este documento de instrucciones anticipadas para la atención médica y asuntos de salud, está compuesto por cuatro secciones:

PRIMERA SECCIÓN

REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD. Esta sección, le permite elegir a la persona que tomará decisiones médicas en su nombre; en caso de que usted no pueda o no desee hacerlo. La persona que usted elija se le llama representante para asuntos de salud. Asimismo, usted puede hacer que su representante sea quien tome decisiones médicas después de su fallecimiento, respecto a autopsias, donación de órganos, donación del cuerpo, y sobre la disposición de su propio cuerpo. Usted debería conversar con su representante para asuntos de salud acerca del rol importante que éste desempeñará.

SEGUNDA SECCIÓN

PREFERENCIAS EN CUANTO A TRATAMIENTOS. Esta sección le permite establecer sus preferencias en caso de padecer de una enfermedad terminal o en caso de quedar en estado inconsciente en forma permanente. La SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigencia solamente en el caso que usted sea incapaz de comunicar por usted mismo sus preferencias en cuanto a tratamientos. Antes de que la SEGUNDA SECCIÓN entre en vigencia, haremos todo lo posible, dentro de lo razonable y apropiado, para poder comunicarnos con usted y conocer cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos. Usted debería hablar con sus familiares y otras personas cercanas a usted para hacerles saber cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos.

TERCERA SECCIÓN

TUTELA LEGAL. Esta sección le permite designar a la persona que será su tutor legal, en el caso que alguna vez sea necesario.

CUARTA SECCIÓN

VIGENCIA Y FIRMAS. Esta sección requiere de su firma y de las firmas de dos testigos. **Usted debe completar la CUARTA SECCIÓN si es que ha llenado cualquier otra sección del presente formulario.**

Usted puede completar todas o sólo alguna de las secciones enumeradas anteriormente. Para que el presente formulario tenga validez, usted debe llenar la CUARTA SECCIÓN del mismo.

Debe entregarles una copia del formulario lleno y firmado a las personas que podrían necesitarlo, como por ejemplo a su representante para asuntos de salud, a su familia y a su médico. Guarde una copia del formulario lleno y firmado en la casa, en un lugar donde pueda ser encontrado fácilmente cuando se necesite. Una vez lleno y firmado, revise periódicamente el presente formulario para asegurarse que todavía siga reflejando sus preferencias. Si con el paso del tiempo usted cambia de parecer, puede llenar un nuevo formulario de instrucciones anticipadas para asuntos de salud.

El uso de este formulario de instrucciones anticipadas para asuntos de salud es totalmente opcional. En el estado de Georgia se pueden utilizar otros formularios de instrucciones anticipadas para asuntos de salud.

Usted puede revocar el presente formulario en cualquier momento, aunque el mismo ya esté lleno y firmado. Este formulario, cuando esté lleno y firmado, remplazará cualquiera de los documentos, enumerados seguidamente, que usted haya completado antes de llenar el presente formulario: instrucciones anticipadas para asuntos de salud, poder notarial duradero para asuntos médicos, carta-poder para asuntos médicos, o testamento de vida.

PART ONE: HEALTH CARE AGENT
PRIMERA SECCIÓN: REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD

[La PRIMERA SECCIÓN tendrá vigencia aunque la SEGUNDA SECCIÓN no esté completa. Un médico o un proveedor de servicios de atención médica no puede desempeñarse como su representante para asuntos de salud. Si está casado, un futuro divorcio o anulación del matrimonio revocará la designación de su cónyuge como su representante para asuntos de salud. Si usted no está casado, un futuro matrimonio revocará la designación de su representante para asuntos de salud, a menos que la persona que usted haya seleccionado como su representante sea su nuevo cónyuge.]

(1) HEALTH CARE AGENT/REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD

Yo designo o selecciono a la siguiente persona como mi representante para asuntos de salud, para que tome las decisiones médicas que me conciernen en mi lugar:

Name/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

Telephone Numbers/Números de teléfono: _____

Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD SECUNDARIO

[Esta sección es opcional, la PRIMERA SECCIÓN entrará en efecto aunque se deje en blanco esta sección.]

Si mi representante para asuntos de salud no puede ser localizado dentro de un período aceptable ni se lo puede ubicar mediante esfuerzos apropiados, o por cualquier razón mi representante para asuntos de salud no está disponible o no puede o no desea actuar como mi representante para asuntos de salud, entonces designo a las siguientes personas como mis representantes para asuntos de salud secundarios, cada una de ellas actuaría en orden sucesivo tal como se las nombra a continuación:

Name/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

Telephone Numbers/Números de teléfono: _____

Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular

Name/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

Telephone Numbers/Números de teléfono: _____

Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/PODERES GENERALES DEL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD

Mi representante para asuntos de salud tomará las decisiones médicas que me conciernen en mi nombre, cuando yo sea incapaz de comunicar mis propias decisiones en cuanto a salud, o cuando yo elija que mi representante para asuntos de salud sea quien comunique mis decisiones sobre asuntos médicos.

Mi representante para asuntos de salud tendrá la misma autoridad en la toma de decisiones referentes a mi salud que yo mismo tendría. La autoridad de mi representante para asuntos de salud incluye, por ejemplo, el poder de:

- Internarme o darme el alta de cualquier hospital, establecimiento de atención médica especializada, residencia para enfermos terminales, o cualquier otro establecimiento o servicio médico;
- Solicitar, autorizar, impedir, o cancelar cualquier tipo de atención médica; o
- Contratar cualquier establecimiento o servicio médico para mí, y hacerme financieramente responsable por dichos servicios (y mi representante para asuntos de salud no tendrá ninguna responsabilidad financiera por ninguno de los servicios o tipo de atención contratado para mí o en mi nombre).

Mi representante para asuntos de salud será mi representante personal para cualquier propósito relacionado con las leyes federales o estatales referentes a la confidencialidad o privacidad de expedientes o historiales médicos (incluyendo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996), y tendrá el mismo acceso a mi historial médico que yo tengo, y podrá develar los contenidos de mi historial médico a terceros para mantener mi atención médica.

Mi representante para asuntos de salud podrá acompañarme en una ambulancia convencional o en una ambulancia aérea, si el personal de la ambulancia es de la opinión que su protocolo permite tener un pasajero, y mi representante para asuntos de salud podrá visitarme o consultarme en persona mientras yo esté en un hospital, establecimiento de atención médica especializada, residencia para enfermos terminales, o cualquier otro establecimiento o servicio médico; si es que los protocolos de los establecimientos y servicios mencionados así lo permiten.

Mi representante para asuntos de salud podrá presentar una copia del presente documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud en lugar del original, y la copia tendrá la misma validez y efecto que el original.

Yo entiendo que bajo las leyes del Estado de Georgia:

- Mi representante para asuntos de salud podrá rehusarse a actuar como tal;
- Un tribunal (la corte) puede quitarle los poderes a mi representante para asuntos de salud si encuentra que el mismo no está actuando en forma adecuada; y
- Mi representante para asuntos de salud no tiene el poder de tomar decisiones médicas en mi nombre en relación a psicocirugías, esterilización, ni a tratamientos o internaciones en contra de mi voluntad por enfermedades mentales o emocionales, retardo mental, o enfermedades adictivas.

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/INDICACIONES PARA EL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD

Al tomar una decisión en mi nombre, mi representante para asuntos de salud debe pensar en cuáles acciones concordarían o serían coherentes con las conversaciones que hayamos sostenido en el pasado, con mis preferencias en cuanto a tratamientos según han sido expresadas en la SEGUNDA SECCIÓN (si es que he llenado y firmado la SEGUNDA SECCIÓN), con mis creencias y valores religiosos o de otra índole, y con la manera en que he manejado en el pasado a mis asuntos médicos u otros temas importantes. Si aún así no se aclara lo que yo decidiría, entonces mi representante para asuntos de salud debe tomar, en mi nombre, las decisiones que crea sean en mi propio beneficio, tomando en consideración los beneficios, los problemas, y los riesgos de mis circunstancias en ese momento y de las opciones de tratamiento que pueda tener.

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/LOS PODERES DEL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE SALUD DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO

(A) AUTOPSY/AUTOPSIA

Mi representante para asuntos de salud tendrá el poder para autorizar una autopsia de mi cuerpo, excepto en el caso que yo haya limitado el poder de mi representante para asuntos de salud escribiendo las letras iniciales de mi nombre a continuación.

_____ **My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is**
Initials/Iniciales required by law)/Mi representante para asuntos de salud no tiene el poder de autorizar la autopsia de mi cuerpo
(a menos que la ley requiera que se realice una autopsia)

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

Mi representante para asuntos de salud tendrá el poder de disponer de mi cuerpo o de cualquier parte del mismo, para propósitos médicos y en acuerdo con *Georgia Anatomical Gift Act* (Ley de Donación Anatómica de Georgia), excepto en el caso que yo haya limitado el poder de mi representante para asuntos de salud escribiendo las letras iniciales de mi nombre a continuación.

[Escriba sus iniciales en cada una de las declaraciones que desee apliquen en su caso]

_____ **My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study**
Initials/Iniciales program./Mi representante para asuntos de salud no tiene el poder de disponer de mi cuerpo para ser usado en
un programa de investigación médica.

_____ **My health care agent will not have the power to donate any of my organs./Mi representante para asuntos de**
Initials/Iniciales salud no tiene el poder de donar ninguno de mis órganos.

(C) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO

Mi representante para asuntos de salud tendrá el poder de decidir acerca de la disposición final de mi cuerpo, excepto en el caso que yo haya escrito las letras iniciales de mi nombre a continuación.

_____ **I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/Deseo que la persona que nombro a continuación sea quien tome las decisiones acerca de la disposición final de mi cuerpo:**

Name/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

Telephone Numbers/Números de teléfono: _____

Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular

Deseo que mi cuerpo sea:

_____ **Buried/Enterrado**

Initials/Iniciales

O

_____ **Cremated/Cremado**

Initials/Iniciales

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES

SEGUNDA SECCIÓN: PREFERENCIAS EN CUANTO A TRATAMIENTOS

[La SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigencia solamente si usted es incapaz de comunicar cuáles son sus preferencias en cuanto a tratamientos, y una vez se hayan realizado esfuerzos apropiados y dentro de lo aceptable para comunicarse con usted y conocer cuáles son dichas preferencias. La SEGUNDA SECCIÓN tendrá vigencia aunque la PRIMERA SECCIÓN no esté completa y firmada. Si usted no ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN, o en el caso que su representante para asuntos de salud no estuviera disponible, entonces la SEGUNDA SECCIÓN le informará al médico u otros proveedores de atención médica acerca de sus preferencias en cuanto a tratamientos. Si usted ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN, entonces su representante para asuntos de salud tendrá la autoridad de tomar todas las decisiones concernientes a su salud en referencia a los asuntos tratados en la SEGUNDA SECCIÓN. Sus preferencias en cuanto a tratamientos serán la guía que su representante para asuntos de salud utilizará, así como otros factores descritos en el Apartado (4) de la PRIMERA SECCIÓN.]

(6) CONDITIONS/CONDICIONES

La SEGUNDA SECCIÓN entrará en vigencia si yo me encuentro en alguna de las condiciones que se detallan a continuación:

[Escriba las letras iniciales de su nombre junto a cada una de las condiciones en las que desea que la SEGUNDA SECCIÓN tenga vigencia]

_____ **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 condición de salud terminal, lo cual significa que padezco de una condición incurable o irreversible que provocará mi fallecimiento en un período 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 permanente de inconsciencia, lo cual significa que padezco de una condición incurable o irreversible y que no tengo conciencia de mí mismo ni del ambiente que me rodea, y que no muestro ninguna respuesta conductual manera al ambiente que me rodea.**

Initials/Iniciales

Mi condición será determinada por escrito luego de que el médico que me atiende y un segundo médico, hayan realizado una examinación personal, en acuerdo con los estándares médicos aceptados en el momento.

(7) TREATMENT PREFERENCES/PREFERENCIAS EN CUANTO A TRATAMIENTOS

[Para determinar sus preferencias en cuanto a tratamiento, debe escribir las letras iniciales de su nombre en (A), (B), o (C). Si opta por (C), determine sus preferencias adicionales en cuanto a tratamientos escribiendo sus letras iniciales junto a una o más de las declaraciones a continuación de (C). Usted puede proporcionar instrucciones adicionales sobre sus preferencias en cuanto a tratamientos en la próxima sección. Se le proporcionará atención para mantenerle cómodo, incluyendo medidas de alivio de dolor, pero usted también puede determinar cuáles son sus preferencias específicas en cuanto a alivio de dolor en la siguiente sección.]

Si me encuentro en cualquiera de las condiciones descritas en el Apartado (6) anterior, que tengan mis iniciales adjuntas, y luego de haberse realizado esfuerzos apropiados y razonables para comunicarse conmigo y conocer cuáles son mis preferencias en cuanto a tratamientos, y yo ya no puedo comunicar mis preferencias en cuanto a tratamientos, entonces:

(A) _____ **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.**/Traten de extender mi vida el mayor tiempo que sea posible, utilizando todos los medicamentos, equipamiento técnico u otros procedimientos médicos que podrían mantenerme con vida, de acuerdo con un juicio médico aceptable. Si no puedo alimentarme por la boca, entonces deseo recibir mi nutrición o fluidos por tubos o por otros medios médicos.

O
(B) _____ **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.**/Permitan que fallezca en forma natural. No deseo medicamentos, maquinaria ni ningún otro procedimiento médico que podría mantenerme con vida, de acuerdo con un juicio médico aceptable, pero que no pueden curarme. No deseo recibir nutrición ni fluidos por intermedio de tubos ni por ningún otro medio médico, excepto lo que sea necesario para proveerme medicación para el alivio del dolor.

O
(C) _____ **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 deseo medicamentos, uso de equipamiento ni ningún otro procedimiento médico que podría mantenerme con vida, de acuerdo con un juicio médico aceptable, pero que no pueden curarme, excepto como se indica a continuación:

[Escriba sus iniciales en **cada una de las declaraciones** que desea se apliquen a la opción (C).]

_____ **If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means.**/Si
Initials/Iniciales no puedo alimentarme por la boca, deseo recibir nutrición por intermedio de un tubo u otros medios médicos.

_____ **If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means.**/Si no
Initials/Iniciales puedo obtener fluidos por la boca, deseo recibir fluidos por intermedio de un tubo u otros medios médicos.

_____ **If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used.**/Si necesito asistencia para respirar, deseo
Initials/Iniciales que se utilice un respirador artificial.

_____ **If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used.**/Si mi pulso y
Initials/Iniciales mi corazón se han detenido, deseo que se me practique resucitación cardiopulmonar (RCP).

(8) ADDITIONAL STATEMENTS /DECLARACIONES ADICIONALES

[La presente sección es opcional. La SEGUNDA SECCIÓN tendrá validez aunque esta sección se deje en blanco. Esta sección le permite determinar preferencias adicionales en cuanto a tratamientos, brindar indicaciones adicionales que le sirvan de guía a su representante para asuntos de salud (si es que ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN), incluso proporcionar información acerca de sus valores personales y religiosos en cuanto a tratamientos médicos. Por ejemplo, usted podría declarar sus preferencias en cuanto a tratamientos, referentes la medicación para tratar las infecciones, cirugías, amputaciones, transfusiones de sangre, o diálisis renal. Sabiendo que usted no puede prever todo lo que podría pasarle después de que ya no pueda comunicar sus preferencias en cuanto a tratamientos, quizás desee brindarle una guía a su representante para asuntos de salud (si es que ha designado un representante para asuntos de salud en la PRIMERA SECCIÓN) acerca de cómo cumplir con sus deseos en cuanto a tratamientos. Usted puede declarar sus preferencias específicas en cuanto a alivio de dolor.]

(9) IN CASE OF PREGNANCY/EN CASO DE EMBARAZO

[La SEGUNDA SECCIÓN tendrá validez aunque esta sección se deje en blanco.]

Entiendo que bajo las leyes del estado de Georgia, la SEGUNDA SECCIÓN no tendrá vigencia ni efecto si estoy embarazada, a menos que el feto no tenga posibilidades de desarrollarse (no sea viable) y yo haya indicado adjuntando mis letras iniciales que deseo que la SEGUNDA SECCIÓN se lleve a cabo.

_____ **I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable.**/Deseo que se cumpla con la SEGUNDA
Initials/Iniciales SECCIÓN si el feto no es viable.

PART THREE: GUARDIANSHIP
TERCERA SECCIÓN: CUSTODIA O TUTELA

(10) GUARDIANSHIP/TUTELA LEGAL

[La **TERCERA SECCIÓN** es **opcional**. El presente documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud tendrá validez aunque se deje en blanco la **TERCERA SECCIÓN**. Si usted desea designar una persona para que sea su tutor legal, en caso que un tribunal decida que tiene que haber uno, debe completar la **TERCERA SECCIÓN**. Un tribunal puede designarle un tutor legal, si el mismo determina que usted no es capaz de tomar las decisiones importantes y de responsabilidad que le atañen en cuanto a su propio apoyo, seguridad o bienestar personal. Un tribunal puede designar a la persona que usted haya elegido si es que dicho tribunal encuentra que esa decisión es para su beneficio y bienestar. Si ha elegido un representante para asuntos de salud en la **PRIMERA SECCIÓN**, usted puede (aunque no está obligado a hacerlo) nominar a la misma persona para que sea su tutor legal. Si el representante para asuntos de salud y el tutor legal no son la misma persona, su representante para asuntos de salud tendrá prioridad sobre su tutor legal para tomar las decisiones sobre salud en su nombre, a menos que un tribunal determine algo diferente.]

[Para determinar sus preferencias, debe escribir las letras iniciales de su nombre en (A), o en (B). Puede elegir (A) solamente si ha completado la **PRIMERA SECCIÓN**.]

(A) _____ **I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my**
Initials/Iniciales **guardian.**/Designo a la persona que actúa como mi representante para asuntos de salud bajo la **PRIMERA**
SECCIÓN para que actúe también como mi tutor legal.

O

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

Name/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

Telephone Numbers/Números de teléfono: _____

Home, Work, and Mobile/Casa, trabajo y celular

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

Las presentes instrucciones anticipadas para la atención médica y asuntos de salud tendrán efectividad solamente si yo soy incapaz de, o decido no hacerlo, comunicar mis propias decisiones acerca de mi atención médica.

Este formulario revoca cualquier otro documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud, cualquier poder notarial duradero para asuntos médicos, carta-poder para asuntos médicos, o testamento de vida que haya completado antes de la fecha de hoy.

A menos que yo haya escrito las letras iniciales de mi nombre y haya proporcionado fechas futuras o acontecimientos alternativos, este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud entrará en vigencia a partir del momento en que lo firme, y continuará siendo efectivo hasta mi fallecimiento (y hasta después de mi fallecimiento en tanto lo autorice lo estipulado en el Apartado (5) de la PRIMERA SECCIÓN).

_____ **This advance directive for health care will become effective on or upon**/Este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud se hará efectivo el o a partir del _____, **and will terminate on or upon**/y finalizará su vigencia el o partir del _____.

[Usted debe firmar y escribir la fecha o reconocer que ha firmado y escrito la fecha del presente formulario en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben estar en pleno uso de sus facultades mentales y deben tener por lo menos 18 años de edad, pero no tienen por qué estar juntos a la vez o en su presencia cuando usted firme el documento.]

Los testigos:

- No puede ser la misma persona que usted seleccionó para que sea el representante para asuntos de salud principal o secundario en la PRIMERA SECCIÓN;
- No puede ser una persona que sabe que va a heredar algo de usted, o que puede obtener algún tipo de beneficio financiero si usted fallece; o
- No puede ser una persona que está directamente involucrada en su atención médica.

Solo uno de los testigos puede ser un empleado, representante o miembro del personal médico del hospital, de un establecimiento de atención médica especializado, de una residencia para enfermos terminales, o de cualquier otro establecimiento o servicio médico en donde usted recibe atención (pero ese testigo no puede estar directamente involucrado en su atención médica).]

Al firmar a continuación, yo declaro que soy emocional y mentalmente capaz de crear este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud, y que además entiendo el propósito y el efecto del mismo.

Signature of Declarant/Firma del declarante **Date**/Fecha

El declarante firmó el presente formulario en mi presencia, o reconoció haber firmado el formulario ante mí. Basándome en mis observaciones personales, el declarante se muestra emocional y mentalmente capaz de crear este documento de instrucciones anticipadas para asuntos de salud y de firmar el presente formulario espontánea y voluntariamente.

Signature of First Witness/Firma del primer testigo **Date**/Fecha

Print Name/Nombre en letra de imprenta: _____

Address/Dirección: _____

Signature of Second Witness/Firma del segundo testigo **Date**/Fecha

Print Name/Nombre en letra de imprenta: _____

Address/Dirección: _____

[Este formulario no necesita ser notariado]

Interpreter/Intérprete _____

Note: If phone interpretation used, record interpreter ID #



NORTHSIDE HOSPITAL

Atlanta • Cherokee • Forsyth

**SPANISH TRANSLATION:
GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE**