

Directiva anticipada para atención médica de Georgia

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre en letra de molde) (Día/Mes/Año)

Esta directiva anticipada para la atención médica consta de cuatro partes:

PARTE UNO: agente de atención médica. Esta parte le permite elegir a alguien que tome decisiones por usted con respecto a la atención médica cuando usted no pueda (o no quiera) tomar sus propias decisiones con respecto a la atención médica. A la persona que usted elija se le llama «agente de atención médica». También puede pedir a su agente de atención médica que tome decisiones por usted, después de su fallecimiento, con respecto a una autopsia, donación de órganos, donación de cuerpo y disposición final de su cuerpo. Usted debe conversar con su agente de atención médica acerca de esta importante función.

PARTE DOS: preferencias de tratamiento. Esta parte le permite exponer sus preferencias de tratamiento si usted tiene una enfermedad terminal o si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. La PARTE DOS también le permite exponer sus preferencias para la atención de la salud mental y el tratamiento si queda incapacitado o experimenta una crisis de salud mental. La PARTE DOS entrará en vigencia únicamente si usted está incapacitado para comunicar sus preferencias de tratamiento. Se harán esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse con usted acerca de sus preferencias de tratamiento antes de que la PARTE DOS entre en vigencia. Usted debe conversar con su familia y otras personas cercanas a usted acerca de sus preferencias de tratamiento.

PARTE TRES: custodia. Esta parte le permite designar a una persona para que sea su guardián en caso que deba necesitar uno.

PARTE CUATRO: efecto y firmas. Esta parte requiere su firma y las firmas de dos testigos. Usted debe completar la PARTE CUATRO si ha llenado cualquier otra parte de este formulario. Este documento puede ser firmado por usted u otra persona que firme por usted en su presencia y siguiendo sus indicaciones

Usted puede llenar todas o alguna de las tres primeras partes mencionadas anteriormente. Usted debe llenar la PARTE CUATRO de este formulario a fin de que este tenga efecto.

Usted debe proporcionarles una copia de este formulario completado a las personas que podrían necesitarlo, tales como su agente de atención médica, su familia y su médico. Conserve una copia de este formulario completado en casa en un lugar donde se pueda encontrar fácilmente si se necesita. Revise periódicamente este formulario completado para asegurarse de que aún refleja 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 totalmente opcional. En Georgia, pueden utilizarse otros formularios de directivas anticipadas para la atención médica.

Usted puede revocar este formulario completado en cualquier momento. Este formulario completado reemplazará toda directiva anticipada para la atención médica, poder notarial duradero para la atención médica, representante en cuestiones de atención médica o testamento vital que haya realizado antes de completar este formulario.

PARTE UNO: agente de atención médica

La PARTE UNO tendrá efecto incluso si no se ha completado la PARTE DOS. Un médico o proveedor de atención médica que esté directamente implicado en su atención médica no puede actuar como su agente de atención médica. Si usted está casado, un futuro divorcio o anulación de 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 a la que usted seleccionó como su agente de atención médica sea su cónyuge.

1. Agente de atención médica

Selecciono a la siguiente persona como mi agente de atención médica para que tome decisiones por mí con respecto a la atención médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____

2. Agente de atención médica alternativos

Esta sección es opcional. La PARTE UNO tendrá efecto incluso si esta sección se deja en blanco.

Si no es posible comunicarse con mi agente de atención médica en un período de tiempo razonable y no puede ser localizado con esfuerzos razonables, o si por algún motivo no está disponible o no puede o no desea actuar como mi agente de atención médica, entonces selecciono a las siguientes personas, las cuales deben actuar en el orden mencionado, como mi(s) agente(s) de atención médica alternativo(s).

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____

3. Poderes generales del agente de atención médica

Mi agente de atención médica tomará decisiones de atención médica por mí cuando no sea yo capaz de comunicar mis decisiones de atención médica o cuando 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 pudiera tomar. La autoridad de mi agente de atención médica incluye, por ejemplo, el poder de:

- Admitirme o que me den de alta (incluidos los traslados) en cualquier hospital, centro de enfermería especializada, centro de cuidados paliativos u otro servicio o centro de atención médica;
- Solicitar, dar el consentimiento a, negar o retirar cualquier tipo de atención médica; y
- Contratar cualquier centro o servicio de atención médica para mi persona, y obligarme a pagar por aquellos servicios (y mi agente de atención médica no tendrá responsabilidad financiera por los servicios o atención contratados para mi persona o en mi nombre).

Mi agente de atención médica será mi representante personal para todos los propósitos de la ley federal o estatal relacionados con la privacidad de los registros médicos (incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act] de 1996) y tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que yo tengo, y puede revelar el contenido de mis registros médicos a otras personas para mi atención médica en curso.

Mi agente de atención médica puede acompañarme en una ambulancia o ambulancia aérea si, en opinión del personal de la ambulancia, el protocolo permite a un pasajero; y mi agente de atención médica puede

visitarme o consultarme en persona mientras me encuentre en un hospital, un centro de enfermería especializada, un centro de cuidados paliativos u otro servicio o centro de atención médica, siempre y cuando su protocolo permita las visitas.

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

Entiendo que en virtud de la ley de Georgia:

- Mi agente de atención médica puede negarse a actuar como mi agente de atención médica;
- Un tribunal puede retirarle las facultades a mi agente de atención médica si encuentra que este no está actuando correctamente; y
- Mi agente de atención médica no tiene la facultad para tomar decisiones de atención médica por mí con respecto a psicocirugía, esterilización, o tratamiento u hospitalización involuntarios por enfermedades mentales o emocionales, retardos mentales o enfermedades referentes a la adicción.

4. Orientación para el agente de atención médica

Al tomar decisiones por mí con respecto a la atención médica, mi agente de atención médica debe pensar acerca de qué acción sería coherente con las últimas conversaciones que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento tal como se expresa en la PARTE DOS (si he llenado la PARTE DOS), mis valores y creencias religiosas, entre otros, y cómo he manejado las cuestiones médicas y otras cuestiones importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría aún no está claro, entonces mi agente de atención médica debe tomar las decisiones que considere en favor de mis intereses, considerando los beneficios, costos y riesgos de mis circunstancias actuales y las opciones de tratamiento.

5. Facultades de salud del agente después de la muerte

(A) AUTOPSIA

Mi agente de atención médica tendrá la facultad para autorizar una autopsia de mi cuerpo, a menos que yo haya limitado dicha facultad al escribir mis iniciales a continuación.

_____ (iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá la facultad para autorizar una autopsia de mi cuerpo (salvo que esta sea exigida por la ley).

(B) DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DONACIÓN DE CUERPO

Mi agente de atención médica tendrá la facultad para disponer de cualquier parte o de la totalidad de mi cuerpo para fines médicos en virtud de la Ley de Donación Anatómica de Georgia, a menos que yo haya limitado la facultad de mi agente de atención médica al escribir mis iniciales a continuación.

Escriba sus iniciales en cada declaración que desea que tenga efecto.

_____ (iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá la facultad para disponer de mi cuerpo para su uso en un programa de estudios médicos.

_____ (iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá la facultad para donar ninguno de mis órganos.

(C) DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO

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

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

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____

Deseo que mi cuerpo sea:

_____ (iniciales) **Enterrado**

O

_____ (iniciales) **Incinerado**

PARTE DOS—Preferencias de tratamiento

La PARTE DOS únicamente tendrá efecto si usted se encuentra incapacitado para comunicar sus preferencias de tratamiento después de que se hayan realizado esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse con usted acerca de sus preferencias de tratamiento. La PARTE DOS tendrá efecto incluso si no se ha completado la PARTE UNO. Si no ha seleccionado un agente de atención médica en la PARTE UNO, o si su agente de atención médica no está disponible, entonces la PARTE DOS le proporcionará sus preferencias de tratamiento a su médico y a otros profesionales de atención médica. Si ha seleccionado un agente de atención médica en la PARTE UNO, entonces su agente de atención médica tendrá la autoridad para tomar por usted todas las decisiones con respecto a la atención médica en relación con las cuestiones tratadas en 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 tendrá efecto si me encuentro en alguna de las siguientes condiciones:

Escriba sus iniciales en cada condición en la que desea tenga efecto la PARTE DOS.

_____ (iniciales) **Una enfermedad terminal, lo que significa que tengo una enfermedad incurable o irreversible que tendrá como resultado mi fallecimiento en un periodo de tiempo relativamente corto.**

_____ (iniciales), **Un estado de inconsciencia permanente, lo que significa que tengo una condición incurable o irreversible en la cual no soy consciente de mí mismo ni de mi entorno, y no muestro respuesta conductual a mi entorno.**

Mi condición se determinará por escrito después de un examen personal realizado por mi médico tratante y un segundo médico de acuerdo con las normas médicas aceptadas actualmente.

7. Preferencias de tratamiento

Indique su preferencia de tratamiento escribiendo sus iniciales en (A), (B) o (C). Si elige (C), indique sus preferencias de tratamiento adicionales escribiendo sus iniciales en uno o más de los enunciados posteriores a (C). Puede proporcionar instrucciones adicionales acerca de sus preferencias de tratamiento en la siguiente sección. Se le proporcionarán cuidados paliativos, incluido el alivio del dolor, pero es posible que también desee indicar sus preferencias específicas en relación con el alivio del dolor en la siguiente sección.

Si estoy en cualquier condición en la que he escrito mis iniciales en la Sección (6) anterior y ya no pueda comunicar mis preferencias después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse conmigo sobre mis preferencias de tratamiento, entonces:

(A) _____ (iniciales) **Intente prolongar mi vida el mayor tiempo posible, usando todos los medicamentos, máquinas u otros procedimientos médicos que, a juicio médico razonable, podrían mantenerme con vida. Si estoy incapacitado para ingerir alimentos o líquidos por vía oral, entonces deseo recibir alimentos o líquidos a través de tubos u otros métodos clínicos.**

O

(B) _____ (iniciales) **Permita que ocurra mi fallecimiento natural. No deseo ningún medicamento, máquinas ni otros procedimientos médicos que, a juicio médico razonable, podrían mantenerme con vida pero no curarme. No deseo recibir alimentos ni líquidos a través de tubos u otros métodos clínicos, salvo que sean necesarios para proporcionar medicamentos contra el dolor.**

O

(C) _____ (iniciales) **No deseo ningún medicamento, máquinas ni otros procedimientos médicos que, a juicio médico razonable, podrían mantenerme con vida pero no curarme, excepto como se indica a continuación:**

Escriba sus iniciales en cada declaración que desea que tenga efecto para la opción (C).

_____ (iniciales) **Si soy incapaz de recibir nutrición por vía oral, quiero recibir nutrición por sonda u otros medios clínicos.**

_____ (iniciales) **Si soy incapaz de recibir líquidos por vía oral, quiero recibir líquidos por sonda o u otros medios clínicos.**

_____ (iniciales) **Si necesito ayuda para respirar, deseo utilizar un respirador.**

_____ (iniciales) **Si mi corazón o pulso se han detenido, deseo que se me aplique reanimación cardiopulmonar (RCP).**

8. Declaraciones adicionales y preferencias de tratamiento para la atención de la salud mental

Esta sección es opcional. La PARTE DOS tendrá efecto incluso si esta sección se deja en blanco. Esta sección le permite expresar sus preferencias de tratamiento adicionales, proporcionar orientación adicional a su agente de atención médica (si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO), o proporcionar información acerca de sus valores religiosos y personales sobre su tratamiento médico. Por ejemplo, puede que desee expresar sus preferencias de tratamiento en relación con medicamentos para combatir infecciones, cirugías, amputaciones, transfusiones de sangre o diálisis renal. En vista de que no puede prever todo lo que podría sucederle después de que ya no pueda comunicar sus preferencias de tratamiento, es posible que desee proporcionar orientación a su agente de atención médica (si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO) acerca del cumplimiento de sus preferencias de tratamiento. Es posible que desee expresar sus preferencias específicas en relación con el alivio del dolor.

Esta sección también le permite expresar preferencias de tratamiento con respecto a medicamentos psiquiátricos, hospitalización psiquiátrica y otros tipos de cuidados y tratamientos de la salud mental. Esta sección además le permite proporcionar orientación a su agente de atención médica (si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO) con respecto a cualquier plan en caso de crisis o preferencias de apoyo que tenga si se le presenta una crisis de salud mental personal. Además, si elige tener un agente de atención médica mental distinto al agente de atención médica mencionado en la PARTE UNO, escriba a continuación el nombre, la dirección y los números de teléfono (casa, trabajo y celular) de la persona que desea que actúe como su agente de atención médica mental, y debe declarar explícitamente que usted selecciona a la persona que menciona a continuación como su agente de atención médica mental.

9. En caso de embarazo

La PARTE DOS tendrá efecto incluso si esta sección se deja en blanco.

Entiendo que en virtud de la ley de Georgia, la PARTE DOS generalmente no tendrá validez si estoy embarazada, salvo que el feto no sea viable y yo indique, escribiendo mis iniciales a continuación, que deseo que se lleve a cabo la PARTE DOS.

_____ (iniciales) Quiero que la SEGUNDA PARTE se lleve a cabo si el feto no es viable.

PARTE TRES: custodia

10. Custodia

La PARTE TRES es opcional. Esta directiva anticipada para la atención médica tendrá efecto incluso si la PARTE TRES se deja en blanco. Si desea designar a una persona para que sea su custodio en el caso que un tribunal decida que debe nombrarse a un custodio, complete la PARTE TRES. Un tribunal nombrará a un custodio para usted en caso que este determine que usted no está capacitado para tomar decisiones importantes responsables para su persona con respecto a su apoyo personal, seguridad o bienestar. Un tribunal nombrará a la persona designada por usted si este considera que el nombramiento será para su mejor beneficio y bienestar. Si seleccionó un agente de atención médica en la PARTE UNO, puede (aunque no es obligatorio) designar a la misma persona para que sea su custodio. Si su agente de atención médica y custodio no son la misma persona, su agente de atención médica tendrá prioridad sobre su custodio en la toma de decisiones con respecto a la atención médica, a menos que un tribunal determine lo contrario.

Establezca su preferencia escribiendo sus iniciales en (A) o (B). Elija (A) solamente si también completó la PARTE UNO.

(A) _____ (iniciales) Designo a la persona que actúa como mi agente de atención médica bajo la PARTE UNO para que actúe como mi custodio.

O

(B) _____ (iniciales) Designo a la siguiente persona para que actúe como mi custodio:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(Casa, trabajo y celular)

Dirección de correo electrónico: _____

PARTE CUATRO: efecto y firmas

Esta directiva anticipada para la atención médica tendrá efecto solo si soy incapaz o decida no tomar o comunicar mis propias decisiones de atención de la salud.

Este formulario revoca cualquier directiva anticipada para la atención médica, poder notarial duradero para la atención médica, representante en cuestiones de atención médica o testamento vital que yo haya formalizado antes de esta fecha.

A menos que haya escrito mis iniciales a continuación y haya proporcionado fechas o eventos futuros alternativos, esta directiva anticipada para la atención médica tendrá efecto en el momento en que la firme y permanecerá en vigor hasta mi fallecimiento (y después de mi fallecimiento en la medida en que se autorice en la Sección (5) de la PARTE UNO).

_____ (iniciales) Esta directiva anticipada para la atención médica tendrá efecto el o al _____ y terminará el o al _____.

Usted debe firmar y fechar, o certificar firmando y fechando, este formulario en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben estar en plenas facultades mentales y deben tener al menos 18 años de edad, pero no es necesario que los testigos estén juntos o presentes cuando usted firme este formulario.

Un testigo:

- No puede ser una persona que haya sido seleccionada para ser su agente de atención médica o agente de atención médica alternativo en la PARTE UNO;*
- No puede ser una persona que tenga conocimiento de que heredará algo de usted o de que, a sabiendas, obtendrá un beneficio financiero de su muerte; o*
- No puede ser una persona que esté directamente implicada 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 reciba atención médica (pero este testigo no puede estar directamente implicado en su atención médica).

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

(Firma del declarante)

(Fecha)

El declarante ha firmado este formulario en mi presencia o ha certificado firmando este formulario para mí. De acuerdo con mis observaciones personales, el declarante parecía ser emocionalmente y mentalmente capaz de formalizar esta directiva anticipada para la atención médica y firmó este formulario de manera consciente y voluntaria.

(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 ser notariado, y una copia de una directiva anticipada para la atención médica ejecutada de manera válida tiene el mismo significado y efecto que el documento original].