

GEORGIA

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos para su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos para cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico para cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas nuevas para viajes comunes a otros estados. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más, o un menor emancipado.

PASOS A SEGUIR

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.
2. Cuando comience a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.
4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocopíelos, escanéelos o tómeles una foto y entréguelos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a

Copyright © 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. Queda expresamente prohibida la reproducción y distribución por parte de una organización o un grupo organizado sin la autorización por escrito de la National Hospice and Palliative Care Organization.

su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.

5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA GEORGIA

Este paquete contiene el documento **Instrucciones anticipadas de atención médica para Georgia**, el cual protege su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea o a solicitar tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Parte Uno: Agente de atención médica. Esta parte le permite elegir a una persona para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre si usted no puede (o no desea) tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismo. 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.

Parte Dos: Preferencias de tratamiento. Esta parte le permite indicar sus preferencias de tratamiento si usted (1) no es capaz de comunicar sus preferencias de tratamiento, y (2) su médico y un médico más determinan que usted padece una afección terminal o se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. Si también cuenta con un agente de atención médica, su agente estará autorizado a tomar todas las decisiones que se señalan en la Parte Dos, aunque se guiará por sus Preferencias de tratamiento por escrito, así como por cualquier otro factor que usted haya indicado en la sección 4 de la Parte Uno.

Parte Tres: Tutela. Esta parte le permite designar a una persona para que sea su tutor si alguna vez necesitara uno.

Parte Cuatro: Firmas. Puede completar todas o alguna de las tres primeras partes. **Debe completar la Parte Cuatro.**

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Georgia sea legal?

La ley exige que usted firme su documento, u otra persona lo firme en su presencia y bajo su instrucción expresa, en presencia de dos testigos que deben tener al menos 18 años de edad y estar en su sano juicio.

Sus testigos no pueden ser su agente de atención médica, una persona que conscientemente heredará algo de usted o que de otro modo obtendrá un beneficio económico como resultado de su fallecimiento, o 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 centro en el que recibe atención médica.

Nota: No es necesario que certifique ante notario su documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Georgia.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar dichas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Ningún médico o proveedor de atención médica puede actuar como su agente de atención médica si participa directamente en su atención médica.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si la(s) persona(s) que nombra como agente(s) no es (son) capaz (ces), no está(n) dispuesta(s) o no está a su alcance actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para realizar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La facultad de su agente de atención médica entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones de atención médica o cuando usted decide que su agente de atención médica tome decisiones por usted.

Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Georgia en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar su documento de instrucciones anticipadas de atención médica para Georgia en cualquier momento, independientemente de su afección física o mental, al:

- borrar, quemar, romper o destruir de cualquier otro modo su documento;
- firmar y fechar una revocación por escrito o dar instrucciones a otra persona para que lo haga (si recibe atención médica en un centro de atención médica, la revocación debe comunicarse a su médico tratante);
- revocar oralmente su documento en presencia de un testigo, de al menos 18 años de edad, quien deberá firmar y fechar una confirmación escrita de su revocación en un plazo de 30 días (si recibe atención médica en un centro de atención médica, la revocación debe comunicarse a su médico tratante), o
- al llenar un nuevo documento de instrucciones anticipadas de atención médica. Un nuevo documento de instrucciones anticipadas revocará un documento de instrucciones anticipadas anterior en la medida en que sean incompatibles entre sí.

Si usted contrae matrimonio después de haber llenado su documento de instrucciones anticipadas de atención médica y no ha nombrado a su cónyuge como su agente de atención médica, su matrimonio revoca automáticamente la facultad de su agente de atención médica. Si designó a su cónyuge como su agente de atención médica y se divorcia o se anula el matrimonio, la facultad de su agente de atención médica se revoca automáticamente. Sin embargo, puede especificar que no desea que se produzcan estos cambios en la sección 8 de la PARTE DOS de su documento de instrucciones anticipadas de atención médica.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a las enfermedades de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial duradero que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Si usted es mujer y desea que se respeten sus preferencias de tratamiento en relación con la suspensión o retiro de procedimientos de mantenimiento de la vida, alimentación o hidratación, aunque esté embarazada, debe escribir sus iniciales en la declaración de la sección 9 de la PARTE DOS del formulario de instrucciones anticipadas de atención médica. La ley estatal exige que, antes de que se respeten las Preferencias de tratamiento de una paciente embarazada, el médico tratante primero debe determinar si el feto es viable. Si el feto es viable, no se respetarán sus preferencias de tratamiento, aunque usted escriba sus iniciales en la sección 9.

En la Parte III de su documento de instrucciones anticipadas de atención médica, usted puede designar a una persona para que actúe como su tutor en caso de que llegue un momento en que necesite un tutor nombrado por una corte. A menos que una corte especifique lo contrario, su tutor no tiene facultad para tomar ninguna decisión personal ni sobre la atención médica que

se otorga a su agente en virtud de sus instrucciones anticipadas de atención médica.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no serán válidas en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o en el departamento para adultos mayores de su estado (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

ESCRIBA SU
NOMBRE Y FECHA
DE NACIMIENTO
EN LETRA DE
IMPRESA

Por: _____
(Nombre en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Este documento de instrucciones anticipadas de atención médica consta de
cuatro partes:

INTRODUCCIÓN

PARTE UNO: AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA. Esta parte le permite elegir a una persona para que tome decisiones sobre la atención médica por usted cuando no pueda (o no desee) tomarlas por sí mismo. La persona que elija se denomina 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. Debe hablar con su agente de atención médica sobre esta importante función.

PARTE DOS: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO. Esta parte le permite indicar sus preferencias de tratamiento si padece una afección terminal o si se encuentra en estado de inconsciencia permanente. La PARTE DOS solo entrará en vigor si usted no es capaz de comunicar sus preferencias de tratamiento. Se harán esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted en relación con sus preferencias de tratamiento antes de que la PARTE DOS entre en vigor. Debe hablar con sus familiares y otras personas cercanas sobre sus preferencias de tratamiento.

PARTE TRES: TUTELA. Esta parte le permite designar a una persona para que sea su tutor si alguna vez necesitara uno.

PARTE CUATRO: FIRMAS Y VIGENCIA. Esta parte requiere su firma y la firma de dos testigos. Debe llenar la PARTE CUATRO si completó cualquier otra parte de este formulario.

Puede completar cualquiera de las tres primeras partes mencionadas anteriormente o todas ellas. Debe completar la PARTE CUATRO de este formulario para que el formulario sea válido.

Debe entregar una copia de este formulario completado a las personas que puedan requerirlo, como su agente de atención médica, su familia y su médico. Conserve una copia de este formulario completado en casa, en un lugar donde pueda encontrarse fácilmente si se necesita. Revise periódicamente este formulario completado para asegurarse de que siga reflejando sus preferencias. Si sus preferencias cambian, llene un nuevo documento de instrucciones anticipadas de atención médica.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA GEORGIA:
PÁGINA 2 DE 12**

CONTINUACIÓN DE
LA INTRODUCCIÓN

El uso de este formulario de instrucciones anticipadas de atención médica es totalmente opcional. En Georgia pueden utilizarse otros formularios de instrucciones anticipadas de atención médica.

Puede revocar este formulario completado en cualquier momento.

Una vez que se haya llenado, este formulario sustituirá a cualquier documento de instrucciones anticipadas de atención médica, poder notarial duradero para la atención médica, documento de apoderado de atención médica o testamento en vida que usted haya llenado antes de completar este formulario.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA EL
NOMBRE Y
DOMICILIO EN
LETRA DE
IMPRESA DE SU
AGENTE DE
ATENCIÓN MÉDICA

ESCRIBA LOS
NOMBRES,
DOMICILIOS Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO EN
LETRA DE
IMPRESA DE
SUS AGENTES DE
ATENCIÓN
MÉDICA
SUPLENTE

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
Revisado en 2023.

PARTE UNO: AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

[La PARTE UNO será válida incluso si no se llena la PARTE DOS. Un médico o proveedor de atención médica que participa directamente en su atención no puede actuar como su agente de atención médica. A menos que usted especifique lo contrario en la sección 8 de la PARTE DOS, si está casado, un futuro divorcio o anulación de su matrimonio revocará la selección de su cónyuge actual como su agente de atención médica. A menos que usted especifique lo contrario en la sección 8 de la PARTE DOS, si no está casado, un futuro matrimonio revocará la selección de su agente de atención médica salvo 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 sobre la atención médica por mí:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Números de teléfono: _____

(Particular, trabajo y celular)

(2) AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA DE RESPALDO

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

Si no es posible comunicarse con mi agente de atención médica en un plazo razonable y no es posible localizarlo con esfuerzos razonables o si por cualquier motivo mi agente de atención médica no es capaz, no está dispuesto o no está a su alcance actuar como mi agente de atención médica, elijo a las siguientes personas, cada una de las cuales actuará sucesivamente en el orden indicado, como mi(s) agente(s) de atención médica de respaldo:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Números de teléfono: _____

(Particular, trabajo y celular)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Números de teléfono: _____

(Particular, trabajo y celular)

(3) FACULTADES GENERALES DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Mi agente de atención médica tomará las decisiones sobre la atención médica por mí cuando no sea capaz de tomarlas o cuando elija que mi agente de atención médica tome mis decisiones sobre la atención médica. Mi agente de atención médica tendrá la misma potestad para tomar cualquier decisión sobre la atención médica que yo pudiera tomar.

La potestad de mi agente de atención médica incluye, por ejemplo, la facultad de:

- ingresarme o darme de alta de cualquier hospital, centro de enfermería especializada, centro de cuidados de hospicio u otro centro o servicio de atención médica;
- solicitar, consentir, suspender o retirar cualquier tipo de atención médica, y
- contratar cualquier centro o servicio de atención médica para mí, y a vincularme al pago de estos servicios (mi agente de atención médica no será responsable económicamente de ningún servicio o atención contratado para mí o en mi nombre).

Mi agente de atención médica será mi representante personal a todos los efectos de la legislación federal o estatal relacionada con la privacidad de expedientes médicos (incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 [Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996]) y tendrá el mismo acceso a mis expedientes médicos que yo y podrá revelar el contenido de mis expedientes médicos a otras personas para mi atención médica continua.

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

Mi agente de atención médica puede presentar una copia de este documento de instrucciones anticipadas de atención médica en lugar del original y la copia tendrá el mismo significado y efecto que el original.

Entiendo que, de conformidad con la ley de Georgia:

- mi agente de atención médica puede negarse a actuar como mi agente de atención médica;
- una corte puede retirarle las facultades a mi agente de atención médica si descubre que mi agente de atención médica no actúa de forma debida, y
- mi agente de atención médica no tiene facultad para tomar decisiones sobre la atención médica por mí con respecto a psicocirugía, esterilización o tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedad mental o emocional, retraso mental o trastorno adictivo.

(4) GUÍA PARA EL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Al momento de tomar decisiones sobre la atención médica por mí, mi agente de atención médica deberá considerar las medidas que serían coherentes con las conversaciones que mantuvimos en el pasado, mis preferencias de tratamiento tal como se expresan en la PARTE DOS (si completé la PARTE DOS), mis creencias y valores religiosos y de otro tipo, y la forma en que traté cuestiones médicas y otras cuestiones importantes en el pasado. Si aún no está claro lo que yo decidiría, mi agente de atención médica debe tomar por mí las decisiones que mi agente de atención médica considere más convenientes a mis intereses, teniendo en cuenta los beneficios, los obstáculos y los riesgos en mis circunstancias actuales y las opciones de tratamiento.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA SUS INICIALES SI NO DESEA QUE SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA TENGA FACULTAD PARA AUTORIZAR UNA AUTOPSIA

ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS DECLARACIONES QUE DESEE EJERCER, SI CORRESPONDE

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ SI DESEA QUE UNA PERSONA QUE NO SEA SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA TOME LAS DECISIONES SOBRE LA DISPOSICIÓN FINAL

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN LA DECLARACIÓN QUE REFLEJE SU DESEO

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

(5) FACULTADES DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO

(A) AUTOPSIA

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

_____ (Iniciales) Mi agente de atención médica no tendrá facultad para autorizar la 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 facultad para disponer de cualquier parte o de la totalidad de mi cuerpo para fines médicos conforme a la Ley de Donaciones Anatómicas 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 desee ejercer].

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

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

(C) DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO

Mi agente de atención médica tendrá 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 las decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo:

Nombre: _____

Domicilio: _____

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

Deseo que mi cuerpo sea:
_____ (Iniciales) Enterrado

O
_____ (Iniciales) Cremado

PARTE DOS: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

[La PARTE DOS solo será válida si usted no es capaz de comunicar sus preferencias de tratamiento después de que se hayan realizado esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted en relación con sus preferencias de tratamiento. La PARTE DOS será válida incluso si no se llena la PARTE UNO. Si usted no eligió un agente de atención médica en la PARTE UNO, o si su agente de atención médica no está disponible, la PARTE DOS proporcionará a su médico y a otros proveedores de atención médica sus preferencias de tratamiento. Si usted eligió un agente de atención médica en la PARTE UNO, su agente de atención médica tendrá potestad para tomar por usted todas las decisiones sobre la atención médica relativas a los aspectos cubiertos en la PARTE DOS. Su agente de atención médica se guiará por sus preferencias de tratamiento y por otros factores descritos en la Sección (4) de la PARTE UNO].

(6) CONDICIONES

La PARTE DOS será válida si me encuentro en alguna de las siguientes condiciones:

[Escriba sus iniciales en cada condición en la que desea que la PARTE DOS sea válida].

_____ (Iniciales) Una afección terminal, lo que significa que padezco una afección incurable o irreversible que provocará mi fallecimiento en un periodo relativamente corto.

_____ (Iniciales) Un estado de inconsciencia permanente, lo que significa padezco una afección incurable o irreversible en la que no soy consciente de mí mismo o de mi entorno y no muestro ninguna respuesta conductual a mi entorno.

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

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LAS
DECLARACIONES
QUE REFLEJEN SU
DESEO

PUEDA ESCRIBIR SUS
INICIALES EN AMBAS
DECLARACIONES

(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 una o más de las declaraciones de (C). Puede dar instrucciones adicionales sobre sus preferencias de tratamiento en la sección siguiente. Se le proporcionarán cuidados para la comodidad, incluido el alivio del dolor, independientemente de la opción que elija, aunque, si lo desea, también puede indicar sus preferencias específicas relativas al alivio del dolor en la sección siguiente].

Si me encuentro en alguna de las condiciones que señalé con mis iniciales en la Sección (6) anterior y ya no soy capaz de comunicar mis preferencias de tratamiento después de que se hayan realizado esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo en relación con mis preferencias de tratamiento, entonces:

(A) _____(Iniciales) Se intentará 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 alimentación o líquidos por vía oral, entonces deseo recibir alimentación o líquidos por sonda u otros medios médicos.

O

(B) _____(Iniciales) Se permitirá que se produzca mi fallecimiento natural. No deseo ningún medicamento, máquina u otro procedimiento médico que, a juicio médico razonable, pueda mantenerme con vida, pero no pueda curarme. No deseo recibir alimentación ni líquidos por sonda u otros medios médicos, excepto cuando sea necesario para suministrar medicamentos para el dolor.

O

(C) _____(Iniciales) No deseo ningún medicamento, máquina u otro procedimiento médico que, a juicio médico razonable, pueda mantenerme con vida, pero no pueda curarme, excepto en los casos siguientes:
[Escriba sus iniciales en cada declaración que desee aplicar a la opción (C)].

_____ (Iniciales) Si no puedo recibir alimentación por vía oral, deseo recibir alimentación por sonda u otros medios médicos.

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

_____ (Iniciales) Si necesito ayuda para respirar, deseo que se utilice un respirador.

_____ (Iniciales) Si mi corazón o mi pulso se detienen, deseo que se utilice la reanimación cardiopulmonar (RCP).

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN LA DECLARACIÓN QUE REFLEJE SU DESEO

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN (A, B, O C)

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN (C), ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA DECLARACIÓN QUE DESEE EJERCER

(9) EN CASO DE EMBARAZO

[La PARTE DOS será válida incluso si esta sección se deja en blanco].

Entiendo que, de conformidad con la ley de Georgia, en términos generales la PARTE DOS no tendrá validez ni aplicabilidad 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.

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

ESCRIBA SUS
INICIALES AQUÍ SI
DESEA QUE SE
LLEVE A CABO LA
PARTE DOS SI ESTÁ
EMBARAZADA Y SU
FETO NO ES VIABLE

PARTE TRES: TUTELA**(10) TUTELA**

[La PARTE TRES es opcional. El presente documento de instrucciones anticipadas de atención médica será válido incluso si la PARTE TRES se deja en blanco. Si desea designar a una persona para que sea su tutor en caso de que una corte decida que debe nombrarse uno, llene la PARTE TRES. Una corte le nombrará un tutor si considera que usted no es capaz de tomar por sí mismo decisiones importantes y responsables sobre su manutención, seguridad o bienestar. La corte nombrará a la persona designada por usted si considera que el nombramiento servirá a sus mejores intereses y bienestar. Si eligió un agente de atención médica en la PARTE UNO, puede (aunque no está obligado a ello) 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 momento de tomar sus decisiones sobre la atención médica, a menos que una corte determine lo contrario].

[Indique su preferencia escribiendo sus iniciales en (A) o (B). Elija (A) solo si llenó también la PARTE UNO].

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

O

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

Nombre: _____

Domicilio: _____

Números de teléfono: _____

(Particular, trabajo y celular)

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN PARA INDICAR SU PREFERENCIA RELATIVA A LA DESIGNACIÓN DE SU TUTOR, EN CASO DE QUE NECESITE QUE UNA CORTE LE NOMBRE UNO

PARTE CUATRO: VIGENCIA Y FIRMAS

Este documento de instrucciones anticipadas de atención médica entrará en vigor solo si no soy capaz o elijo no tomar o comunicar mis propias decisiones sobre la atención médica.

Este formulario revoca cualquier documento de instrucciones anticipadas de atención médica, poder notarial duradero para la atención médica, documento de apoderado de atención médica o testamento en vida que haya llenado antes de esta fecha.

A menos que haya escrito mis iniciales a continuación y haya proporcionado fechas o eventos futuros alternativos, el presente documento de instrucciones anticipadas de atención médica entrará en vigor en el momento en que lo firme y permanecerá en vigor hasta mi fallecimiento (y después de mi fallecimiento en la medida en que se autoriza en la Sección (5) de la PARTE UNO).

_____ (Iniciales) Este documento de instrucciones anticipadas de atención

médica entrará en vigor en o al _____

y finalizará en o al _____.

[Debe firmar y fechar o reconocer haber firmado y fechado este formulario en presencia de dos testigos.

Ambos testigos deben estar en pleno uso de sus facultades mentales y tener al menos 18 años de edad, aunque no es necesario que los testigos estén juntos o que ambos estén presentes con usted cuando firme este formulario.

Su testigo no puede ser:

- una persona que se seleccionó para que sea su agente de atención médica o su agente de atención médica de respaldo en la PARTE UNO;
- una persona que conscientemente heredará algo de usted o que de otro modo obtendrá conscientemente un beneficio económico como resultado de su fallecimiento, o
- 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, centro de cuidados de hospicio u otro centro de atención médica en el que usted reciba atención médica (aunque este testigo no puede participar directamente en su atención médica)].

Al firmar a continuación, declaro que soy emocional y mentalmente capaz de llevar a cabo este documento de instrucciones anticipadas de atención médica y que entiendo su propósito y efecto.

_____ (Firma del declarante)

_____ (Fecha)

ESCRIBA SUS
INICIALES AQUÍ
SI DESEA
LIMITAR LA
VIGENCIA DE
ESTE
DOCUMENTO DE
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS

FIRME Y FECHÉ

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA GEORGIA:
PÁGINA 12 DE 12**

INSTRUCCIONES

PIDA A SUS
TESTIGOS QUE
FIRMEN, FECHEN Y
ESCRIBAN AQUÍ SUS
DOMICILIOS EN
LETRA DE IMPRENTA

El declarante firmó este formulario en mi presencia o reconoció haber firmado este formulario ante mí. Con base en mi observación personal, el declarante parecía ser emocional y mentalmente capaz de llevar a cabo el presente documento de instrucciones anticipadas de atención médica y firmó este formulario intencionada y voluntariamente.

(Firma del testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

(Firma del testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

[No es necesario certificar este formulario ante notario].