



## INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE GEORGIA

La Asamblea General de Georgia ha reconocido desde hace tiempo el derecho de las personas de controlar todos los aspectos de su atención y tratamiento médico personales, incluido el derecho de consentir recibir tratamiento médico, de negarse a recibir tratamiento médico o de dar instrucciones para que se suspenda el tratamiento médico. A fin de ayudar a asegurar estos derechos, la Asamblea General de Georgia adoptó y enmendó las leyes que reconocen el testamento vital y la carta-poder para la atención médica, además de proporcionar formularios legales de ambos documentos.

La Asamblea General de Georgia determinó en el 2007 que los formularios legales para el testamento vital y de la carta-poder duradera para la atención médica eran confusos y contradictorios, y que las leyes que regulaban el proceso para llenar los formularios contenían conceptos contradictorios, terminología anticuada que no concordaba, y requisitos de ejecución confusos y contradictorios. Como resultado, la Asamblea General de Georgia adoptó la Ley de Instrucciones por Anticipado para Recibir Atención Médica de Georgia, donde se exponen los principios generales que rigen la descripción de las decisiones relativas a la atención médica y el nombramiento de un apoderado para la atención médica. La Ley modifica la legislación relativa a los testamentos vitales, revoca la ley relativa a las cartas-poder duraderas para la atención médica y promulga una nueva ley que prevé usar un nuevo formulario como testamento vital y una carta-poder duradera para la atención médica. El formulario, conocido generalmente como las “Instrucciones por Anticipado para Recibir Atención Médica de Georgia”, se puede utilizar para nombrar a un apoderado para la atención médica y un apoderado para la atención médica de reserva, para indicar los tipos de tratamiento que usted prefiere y para designar a una persona como su tutor legal.

Según se estipula en las leyes federales, se requiere que muchos proveedores de atención médica le proporcionen a usted información sobre las leyes estatales relativas a las instrucciones por anticipado. Para cumplir con las leyes, Kaiser Permanente está poniendo a su disposición en nuestros consultorios el formulario “Instrucciones por Anticipado para Recibir Atención Médica de Georgia”, que concuerda con las leyes de Georgia, y solicitándolo al Departamento de Servicio al Cliente de Kaiser Permanente.

Kaiser Permanente no adopta ninguna posición en cuanto al uso del formulario ni de las cuestiones relacionadas con el mismo. La decisión de completar un formulario de instrucciones por anticipado para la atención médica es muy personal y usted es la única persona que puede tomarla. Sin embargo, usted puede hablar del tema con sus familiares, amigos cercanos y su médico u otro proveedor de cuidados médicos. Dado que el formulario es un documento legal, quizá también desee hablar del mismo con su abogado.

Si opta por completar un formulario “Instrucciones por Anticipado para Recibir Atención Médica de Georgia”, éste reemplazará cualquier instrucción por anticipado para recibir atención médica, carta-poder duradera para la atención médica, poder para atención médica o testamento vital que esté actualmente vigente. El formulario contiene explicaciones e instrucciones breves

sobre cómo llenar cada una de las partes. Es importante que llene las partes pertinentes y siga todas las instrucciones, como tenerla debidamente atestiguada, por ejemplo. Por favor entregue una copia del formulario completado a su profesional médico de atención primaria en una visita al consultorio para que se pueda incluir en su expediente médico. (También es buena idea hacer varias copias. Por ejemplo, puede guardar una en su casa en un lugar donde se pueda encontrar fácilmente si se necesita, poner otra en una caja fuerte y entregarle una más a su apoderado para la atención médica. Mantenga una lista de quién tiene copias para que, si cambia o revoca el documento, pueda cambiar o destruir todas las copias.) También asegúrese de que sus familiares y amigos, además de su médico, sepan de su decisión.

Puede sacar una fotocopia del formulario adjunto “Instrucciones por Anticipado para Recibir Atención Médica de Georgia” en blanco para dárselo a los familiares y amigos que estén interesados en el documento.

## INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE GEORGIA

Por: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/día/año)

*Este formulario de instrucciones por anticipado para la atención médica está dividido en cuatro partes:*

- PARTE I** **APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.** Esta parte le permite seleccionar a una persona para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre cuando usted mismo no pueda (o no desee) tomar las decisiones de atención médica. La persona que escoja se llama el apoderado para la atención médica. También puede pedir que su apoderado para la atención médica tome decisiones en su nombre después de su muerte en cuanto a una autopsia, la donación de órganos, la donación del cuerpo y la disposición final del cuerpo. Debe hablar con su apoderado para la atención médica acerca de este papel importante.
- PARTE II** **PREFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO.** Esta parte le permite indicar cuáles son sus preferencias en el tratamiento si tiene una enfermedad en fase terminal o si está en un estado de inconsciencia permanente. La PARTE II sólo se implementa si usted no puede comunicar sus preferencias en el tratamiento. Se harán todos los esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted acerca de sus preferencias en el tratamiento antes de implementar la PARTE II. Debe hablar con su familia y otras personas allegadas a usted acerca de sus preferencias en el tratamiento.
- PARTE III** **TUTELA LEGAL.** Esta parte le permite designar a una persona para que sea su tutor legal en caso de que llegase a necesitar uno en el futuro.
- PARTE IV** **IMPLEMENTACIÓN Y FIRMAS.** En esta parte se requieren su firma y las firmas de dos testigos. Debe completar la PARTE IV si ha llenado cualquier otra parte de este formulario.

*Puede llenar total o parcialmente las tres primeras partes antes listadas. Debe llenar la PARTE IV de este formulario para que se pueda implementar.*

*Debe dar una copia de este formulario completado a las personas que quizá la necesiten, por ejemplo su apoderado para la atención médica, su familia y su médico. Guarde una copia de este formulario completado en su casa en un lugar donde se pueda encontrar fácilmente si se necesita. Revise periódicamente este formulario completado para asegurarse de que sigue reflejando sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete un nuevo formulario de instrucciones por anticipado para recibir atención médica.*

Usar este formulario de instrucciones por anticipado para recibir atención médica es completamente opcional. En Georgia se pueden utilizar otros formularios de instrucciones por anticipado para recibir atención médica.

En cualquier momento puede revocar este formulario completado. Este formulario completado reemplazará cualquier tipo de instrucciones por anticipado para recibir atención médica, carta-poder duradera para la atención médica, poder para atención médica o testamento vital que usted haya completado antes de completar este formulario.

## **PARTE I: APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

*[Se implementará la PARTE I aunque no se complete la PARTE II. Un médico o un proveedor de atención médica que esté directamente prestándole atención médica no puede actuar como su apoderado para la atención médica. Si usted está casado, un divorcio o anulación en el futuro de su matrimonio revocará la selección de su cónyuge actual como su apoderado para la atención médica. Si está soltero, cuando se case en el futuro se revocará la selección de su apoderado para la atención médica, a menos que la persona que haya escogido como su apoderado para la atención médica sea su nuevo cónyuge.]*

### **(1) APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Selecciono a la siguiente persona como mi apoderado para la atención médica con el fin de que tome en mi nombre decisiones relacionadas con mi atención médica:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

(Del domicilio, del trabajo y celular)

### **(2) APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE RESERVA**

*[Esta sección es opcional. Se implementará la PARTE I aunque se deje esta sección en blanco.]*

Si no se pueden comunicar con mi apoderado para la atención médica dentro de un período razonable ni lo pueden ubicar por medio de esfuerzos razonables o si por algún motivo mi apoderado para la atención médica no está disponible o no puede o no está dispuesto a actuar como mi apoderado para la atención médica, entonces selecciono a la(s) siguiente(s) persona(s), cada una deberá actuar sucesivamente en el orden indicado, como mi(s) apoderado(s) para la atención médica de reserva:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Del domicilio, del trabajo y celular)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Del domicilio, del trabajo y celular)

### **(3) PODERES GENERALES DEL APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Mi apoderado para la atención médica tomará en mi nombre decisiones relativas a la atención médica cuando no pueda comunicar mis decisiones relativas a la atención médica o si opto por que mi apoderado para la atención médica comunique dichas decisiones.

Mi apoderado para la atención médica tendrá la misma autoridad para tomar cualquier decisión relativa a la atención médica que yo pudiera tomar. Las facultades de mi apoderado para la atención médica incluyen, por ejemplo, el poder para:

- Que se me admita o dé de alta en cualquier hospital, instalación de enfermería especializada, hospicio u otra instalación o servicio de atención médica;
- Solicitar, autorizar, retener o retirar cualquier tipo de atención médica; y
- Contratar cualquier instalación o servicio de atención médica en mi nombre, y obligarme a pagar por dichos servicios (y mi apoderado para la atención médica no será económicamente responsable de ninguno de los servicios o atención que haya contratado en mi nombre o en mi representación).

Mi apoderado para la atención médica será mi representante personal para todos los fines legales federales o estatales relacionados con la privacidad de los expedientes médicos (incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) y tendrá el mismo acceso a mi expediente médico que tengo yo y podrá revelar el contenido del mismo a terceros para mi atención médica en curso.

Mi apoderado para la atención médica podrá acompañarme en una ambulancia terrestre o aérea si de acuerdo con las normas del personal de la ambulancia se permite que vaya un pasajero y mi apoderado para la atención médica me podrá visitar o consultar personalmente mientras me encuentre en un hospital, instalación de enfermería especializada, hospicio u otra instalación o servicio de atención médica si sus normas permiten las visitas.

Mi apoderado para la atención médica podrá presentar una copia de este formulario de instrucciones por anticipado para recibir atención médica en lugar del original y la copia tendrá el mismo significado y efecto que el original.

Entiendo que de conformidad con las leyes de Georgia:

- Mi apoderado para la atención médica podrá negarse a actuar como tal;
- Un tribunal puede retirarle los poderes a mi apoderado para la atención médica si determina que éste no está actuando de la manera apropiada; y
- Mi apoderado para la atención médica no tiene el poder para tomar decisiones relativas a la atención médica en mi nombre con respecto a psicocirugía, esterilización o tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedades mentales o emocionales, retraso mental o enfermedades de adicciones.

#### **(4) PAUTAS PARA EL APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Cuando tome decisiones relativas a la atención médica en mi nombre, mi apoderado para la atención médica debe pensar acerca de cuál acción concordaría con conversaciones previas que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento como las indiqué en la PARTE II (si he completado la PARTE II), mis creencias y valores religiosos y de otra índole, y cómo he actuado en el pasado en cuestiones médicas y de otros tipos importantes. Si no está claro lo que yo decidiría, entonces mi apoderado para la atención médica deberá tomar decisiones en mi nombre que crea que sean lo que más me convenga, tomando en consideración los beneficios, cargas y riesgos de mis circunstancias y opciones de tratamiento actuales.

#### **(5) FACULTADES DEL APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE LA MUERTE**

##### **(A) AUTOPSIA**

Mi apoderado para la atención médica tendrá la facultad para autorizar la autopsia de mi cuerpo, a menos que yo haya limitado el poder de mi apoderado para la atención médica por medio de mis iniciales enseguida.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi apoderado para la atención médica no tiene el poder para autorizar una autopsia de mi cuerpo (a menos que se requiera la autopsia por ley).

(B) DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DONACIÓN DEL CUERPO

Mi apoderado para la atención médica tendrá el poder para disponer de mi cuerpo total o parcialmente con fines médicos de conformidad con la Ley de Donaciones Anatómicas de Georgia, a menos que yo haya limitado el poder de mi apoderado para la atención médica por medio de mis iniciales enseguida.

*[Ponga las iniciales en cada declaración que desee aplicar.]*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi apoderado para la atención médica no tendrá el poder para disponer de mi cuerpo para usarse en un programa de estudios médicos.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi apoderado para la atención médica no tendrá el poder para donar ninguno de mis órganos.

(C) DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO

Mi apoderado para la atención médica tendrá el poder para tomar decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo, a menos que haya puesto mis iniciales enseguida.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Deseo que la siguiente persona tome decisiones relativas a la disposición final de mi cuerpo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Del domicilio, del trabajo y celular)

Deseo que mi cuerpo sea:

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Inhumado (enterrado)

O BIEN

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Cremado

## PARTE II: PREFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO

*[Sólo se implementará la PARTE II si usted no puede comunicar sus preferencias en el tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted acerca de sus preferencias en el tratamiento. Se implementará la PARTE II aunque no se complete la PARTE I. Si no seleccionó un apoderado para la atención médica en la PARTE I o si no está disponible su apoderado para la atención médica, entonces la PARTE II permitirá a su médico y otros proveedores de atención médica informarse de sus preferencias en el tratamiento. Si seleccionó un apoderado para la atención médica en la PARTE I, entonces su apoderado para la atención médica tendrá la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica en su nombre en lo relacionado con los asuntos que cubre la PARTE II. Su apoderado para la atención médica se guiará por sus preferencias en el tratamiento y otros factores que se describen en la Sección (4) de la PARTE I.]*

### (6) CONDICIONES

Se aplicará la PARTE II si tengo uno de los siguientes problemas médicos:

*[Ponga sus iniciales en cada uno de los problemas médicos en los cuales desea que se implemente la PARTE II.]*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Un problema médico en fase terminal, es decir, que tengo una enfermedad incurable o irreversible que ocasionará mi muerte en un período relativamente breve.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Un estado de inconsciencia permanente, es decir, que tengo una enfermedad incurable o irreversible en la que no soy consciente de mí mismo ni de mi entorno, y que no respondo conductualmente a mi entorno.

Se determinará mi problema médico por escrito después de un examen personal por parte del médico que me atienda y un segundo médico de acuerdo con las normas médicas actualmente aceptadas.

### (7) PREFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO

*[Indique su preferencia en el tratamiento poniendo sus iniciales en la (A), (B) o (C). Si selecciona la (C), indique sus preferencias adicionales en el tratamiento poniendo sus iniciales en una o más de las frases después de la (C). En la siguiente sección puede dar instrucciones adicionales sobre sus preferencias en el tratamiento. Se le proporcionará atención para su comodidad, incluido el alivio para el dolor, pero tal vez también desee indicar en la siguiente sección sus preferencias específicas con respecto al alivio para el dolor.]*

Si tengo alguno de los problemas médicos en los que puse mis iniciales en la Sección (6) anterior y ya no puedo comunicar mis preferencias en el tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo con respecto a mis preferencias en el tratamiento, entonces:

(A) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Traten de prolongar mi vida el mayor tiempo posible utilizando todos los medicamentos, máquinas y demás procedimientos médicos que se juzguen médicamente razonables para mantenerme vivo. Si no puedo alimentarme ni beber por la boca, entonces deseo recibir alimentos o bebidas con una sonda o por cualquier otro medio médico.

O BIEN

(B) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Permitan que llegue mi muerte natural. No deseo ningún medicamento, máquina ni ningún otro procedimiento médico que se juzgue médicamente razonable que me podría mantener vivo pero que no me curaría. No deseo recibir alimentos ni líquidos con una sonda ni por ningún otro medio médico, excepto cuando se necesite para proporcionar medicamentos contra el dolor.

O BIEN

(C) \_\_\_\_\_ (Iniciales) No deseo ningún medicamento, máquina ni ningún otro procedimiento médico que se juzgue médicamente razonable que me podría mantener vivo pero que no me curaría, excepto en los siguientes casos:

*[Ponga las iniciales en cada declaración que desee aplicar a la opción (C).]*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si no puedo alimentarme por la boca, entonces deseo recibir alimentos con una sonda o por cualquier otro medio médico.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si no puedo beber por la boca, entonces deseo recibir líquidos con una sonda o por cualquier otro medio médico.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si necesito ayuda para respirar, deseo que se use un respirador.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Si el corazón o el pulso se paran, deseo que se me aplique reanimación cardiopulmonar.

## **(8) DECLARACIONES ADICIONALES**

*[Esta sección es opcional. Se implementará la PARTE II aunque se deje esta sección en blanco. En esta sección usted puede indicar preferencias adicionales en el tratamiento para proporcionar una guía adicional a su apoderado de atención médica (si usted ha seleccionado un apoderado de atención médica en la PARTE I) o información sobre sus valores personales y religiosos sobre su tratamiento médico. Por ejemplo, usted puede indicar sus preferencias en el tratamiento sobre los medicamentos para combatir infecciones, las cirugías, las amputaciones, las transfusiones de sangre o las diálisis renales. Entienda que usted no puede prever todo lo que le podría pasar después de que no pueda comunicar sus preferencias en el tratamiento, quizá desee proporcionar una guía a su apoderado de atención médica (si usted ha seleccionado un apoderado de atención médica en la PARTE I) para apegarse a sus preferencias en el tratamiento. Quizá desee indicar sus preferencias específicas sobre el alivio para el dolor.]*

---

---

---

## **(9) EN CASO DE EMBARAZO**

*[Se implementará la PARTE II aunque se deje esta sección en blanco.]*

Entiendo que de conformidad con las leyes de Georgia, por lo general la PARTE II no tendrá vigor ni aplicación si estoy embarazada, a menos que el feto no sea viable y yo indique por medio de mis iniciales enseguida que deseo que se implemente la PARTE II.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Deseo que se implemente la PARTE II si mi feto no es viable.

<b>PARTE III: TUTELA LEGAL</b>
--------------------------------

## **(10) TUTELA LEGAL**

*[La PARTE III es opcional. Se implementarán estas instrucciones por anticipado para recibir atención médica aunque se deje la PARTE III en blanco. Si desea designar a una persona como su tutor legal en caso de que un juez decida que se debe nombrar un tutor legal, complete la PARTE III. Un juez le nombrará un tutor legal si determina que usted no puede tomar decisiones responsables significativas por sí mismo relacionadas con su manutención, seguridad o bienestar personal. Un juez nombrará a la persona que usted proponga si determina que dicho nombramiento será para su beneficio y bienestar. Si seleccionó un apoderado para la atención médica en la PARTE I, puede nombrar (aunque no se requiere que lo haga) a la misma persona como su tutor legal. Si su un apoderado para la atención médica y su tutor legal no son la misma persona, su apoderado para la atención médica tendrá prioridad con respecto a su tutor*

*legal en la toma de decisiones de su atención médica, a menos que el juez determine lo contrario.]*

*[Indique su preferencia poniendo sus iniciales en la (A) o (B). Sólo seleccione la (A) si también completó la PARTE I.]*

(A) \_\_\_\_\_ (Iniciales) Designo a la persona que actúa como mi apoderado para la atención médica en la PARTE I para que actúe como mi tutor legal.

O BIEN

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Del domicilio, del trabajo y celular)

#### **PARTE IV: IMPLEMENTACIÓN Y FIRMAS**

Estas instrucciones por anticipado para recibir atención médica sólo se implementarán si no puedo tomar o comunicar mis decisiones sobre mi atención médica, u opto por no hacerlo.

Este formulario revoca cualquier tipo de instrucciones por anticipado para recibir atención médica, carta-poder duradera para la atención médica, poder para atención médica o testamento vital que yo haya completado antes de esta fecha.

A menos que haya puesto mis iniciales a continuación y haya proporcionado fechas o incidentes futuros alternativos, estas instrucciones por anticipado para recibir atención médica entrarán en vigor en el momento que las firme y seguirán vigentes hasta mi muerte (y después de mi muerte hasta el punto autorizado en la Sección (5) de la PARTE I).

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Estas instrucciones por anticipado para recibir atención médica entrarán en vigor el \_\_\_\_\_ o cuando ocurra \_\_\_\_\_ y terminarán el \_\_\_\_\_ o cuando ocurra \_\_\_\_\_.

*[Usted debe firmar y fechar o reconocer haber firmado y fechado este formulario en la presencia de dos testigos. Ambos testigos deben estar en pleno uso de sus facultades mentales y tener un mínimo de 18 años de edad, pero los testigos no tienen que estar con usted ni estar presentes cuando usted firme este formulario.]*

*El testigo:*

- *No puede ser una persona que haya sido seleccionada como su apoderado para la atención médica ni como apoderado para la atención médica de reserva en la PARTE I;*
- *No puede ser una persona que heredará a sabiendas algo de usted o que de otra manera obtenga a sabiendas beneficios económicos como resultado de su muerte; o bien,*
- *No puede ser una persona que esté participando directamente en su atención médica.*

*Sólo uno de los testigos podrá ser empleado, representante o personal médico del hospital, instalación de enfermería especializada, hospicio u otra instalación de atención médica en la cual usted esté recibiendo atención médica (pero este testigo no puede estar participando directamente en su atención médica).]*

Por medio de mi firma a continuación, declaro que tengo la capacidad emocional y mental para preparar estas instrucciones por anticipado para recibir atención médica y que entiendo sus fines y efectos.

\_\_\_\_\_  
(Firma del declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

El declarante firmó este formulario ante mí o reconoció ante mí haberlo firmado. Basándome en mis observaciones personales, el declarante pareció tener la capacidad emocional y mental para preparar estas instrucciones por anticipado para recibir atención médica y firmó este formulario libre y voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
(Firma del declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*[No se necesita notarizar este formulario.]*