



DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA EN GEORGIA CON MODIFICACIONES DE ACUERDO Y EN CONFORMIDAD CON LA DOCTRINA CATÓLICA

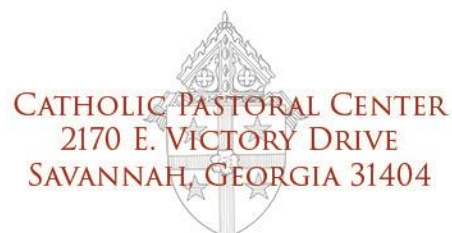
Este documento es una versión modificada de la Directiva Anticipada de Atención Médica provista por el Estado de Georgia. El presente documento está en conformidad con la doctrina de la Iglesia católica con respecto a la atención médica durante el final de la vida.

La preparación de una Directiva Anticipada de Atención Médica es un proceso serio que debe ser completado luego de orar profundamente y estudiar los documentos siguientes:

- [“Catecismo de la Iglesia Católica”](#) (Secciones 2276-2279)
- [“Declaración sobre la eutanasia”](#). Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980
- [“Nutrición e hidratación: Reflexiones morales y pastorales”](#), Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, Comité de Actividades Pro-Vida, 1992
- [“El Evangelio de la vida”](#). Papa Juan Pablo II, 1995
- [“Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos concernientes a la nutrición artificial y la hidratación”](#). Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 2007
- [“Directrices éticas y religiosas para los servicios de salud católicos”](#), 5ta ed., Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, 2009

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, por favor contacte a la Oficina de Matrimonio, Familia y Respeto a la Vida.

Jayne MJ Stefanic, MSW, LMSW
Directora Oficina de Matrimonio, Familia y Respeto a la Vida.
912-201-4068
jstefanic@diosav.org



DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL ESTADO DE GEORGIA

Con modificaciones de acuerdo y en conformidad con la doctrina católica

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Escriba su nombre)

Esta Directiva Anticipada de Atención Médica consta de cuatro partes:

PARTE UNO—Agente del cuidado de la salud. Esta parte le permite escoger a alguien que tome decisiones por usted sobre su atención médica cuando usted no tenga la capacidad de tomar (o no desee tomar) decisiones sobre su cuidado médico. A la persona que usted escoja, se le denomina Agente o Representante del cuidado de la salud. Usted también puede determinar que su Agente o representante tome decisiones por usted después de su muerte con respecto a una autopsia, donación de órganos, donación de su cuerpo y para la preparación final de su cuerpo. Usted debe hablar con su Agente o representante sobre este rol tan importante.

PARTE DOS—Preferencia de tratamiento. Esta parte le permite indicar que tratamientos quisiera recibir si usted tiene una condición terminal o si usted se encuentra permanentemente inconsciente. La PARTE DOS entrará en efecto solo si usted no tiene la capacidad de comunicar sus preferencias de tratamiento. Se realizarán los esfuerzos necesarios y apropiados para comunicarse con usted y conocer sus preferencias de tratamiento antes de que la PARTE DOS entre en efecto. Usted debe hablar con su familia y con otras personas cercanas a usted sobre sus preferencias de tratamiento médico.

PARTE TRES—Tutela legal. Esta parte le permite designar a una persona para que sea su tutor(a) o guardián legal en caso se requiera.

PARTE CUATRO—Validez y Firmas. Esta parte requiere su firma y las firmas de dos testigos. Usted debe completar la PARTE CUATRO si usted ha llenado alguna otra parte de este formulario.

Usted puede llenar solo una de las tres primeras partes o llenar todas ellas, pero para que este documento sea válido y efectivo usted debe llenar la PARTE CUATRO de este formulario.

Usted debe entregarle una copia de este formulario debidamente lleno a las personas que puedan necesitarlo, tales como su Agente o Representante, su familia y su médico. Mantenga una copia de este formulario debidamente lleno en su casa y en un lugar de fácil acceso en caso de necesitarse. Revise este formulario con sus respuestas periódicamente para asegurarse de que aún refleja sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete una nueva directiva anticipada de atención médica.

Utilizar este formulario de directiva anticipada de atención médica es completamente opcional. En el Estado de Georgia también se pueden utilizar otros formularios de directivas anticipadas de atención médica.

Usted puede revocar este formulario completo con sus respuestas en cualquier momento. Este formulario debidamente lleno reemplazará cualquier otra directiva anticipada de atención médica, poder notarial duradero para el cuidado de la salud, poder de atención médica o testamento en vida que usted haya completado previamente.

NOTA ESPECIAL PARA PERSONAS CATÓLICAS:

- Este documento es una versión modificada de la Directiva Anticipada de Atención Médica provista por el Estado de Georgia. El presente documento está en conformidad con la doctrina de la Iglesia católica con respecto a la atención médica durante el final de la vida.
- La preparación de una Directiva Anticipada de Atención Médica es un proceso serio que debe ser completado luego de orar y reflexionar profundamente.
- Los siguientes documentos proveen una guía para que los católicos puedan tomar las decisiones que aborda esta Directiva Anticipada:
 - “Catecismo de la Iglesia Católica” (Secciones 2276-2279)
 - “Declaración sobre la eutanasia”. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980
 - “Nutrición e hidratación: Reflexiones morales y pastorales”, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, Comité de Actividades Pro-Vida, 1992
 - “El Evangelio de la vida”. Papa Juan Pablo II, 1995
 - “Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos concernientes a la nutrición artificial y la hidratación”, Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 2007
 - “Directrices éticas y religiosas para los servicios de salud católicos”, 5ta ed., Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, 2009

PARTE UNO—AGENTE DEL CUIDADO DE LA SALUD

La PARTE UNO será efectiva independientemente si se completa o no la PARTE DOS. Un médico o proveedor de servicios de salud que esté directamente involucrado en el cuidado de su salud no debe servir como su Agente del cuidado de la salud. Si usted está casado(a), un futuro divorcio o anulación de su matrimonio revocará la selección de su actual cónyuge como su Agente. Si usted no está casado(a), un futuro matrimonio también revocará la selección de su Agente a menos que la persona seleccionada como Agente sea su nuevo cónyuge.

1. Agente del cuidado de la salud

Yo selecciono la siguiente persona como mi agente del cuidado de la salud para tomar decisiones por mí sobre mi atención médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____
(Casa, trabajo y móvil)

2. Agente sustituto del cuidado de la salud

Esta sección es opcional. La PARTE UNO será efectiva aun cuando esta sección se deje en blanco.

Si mi Agente del cuidado de la salud no puede ser contactado(a) en un periodo razonable de tiempo y no puede ser localizado(a) luego de realizar esfuerzos razonables o si por cualquier otra razón mi Agente del cuidado de la salud no está dispuesto(a) o no desea actuar como mi Agente del cuidado de la salud, entonces yo selecciono a la(s) siguiente(s) persona(s), individualmente, a actuar sucesivamente en el orden mencionado, como mi(s) agente(s) del cuidado de la salud sustituto(s):

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____
(Casa, trabajo y móvil)

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____
(Casa, trabajo y móvil)

3. Poderes Generales del Agente del cuidado de la salud

Mi Agente del cuidado de la salud tomará decisiones por mí cuando yo no sea capaz de comunicar mis decisiones sobre mi atención médica o cuando escoja que mi Agente las tome por mí.

Mi Agente tendrá la misma autoridad que yo tendría para tomar decisiones sobre mi atención médica. La autoridad de mi Agente incluye, por ejemplo, el poder de:

- **Admitirme a, o darme de alta de cualquier hospital, centro de enfermería especializado, hospicio o cualquier otro establecimiento de servicio médico;**
- **Pedir, dar consentimiento, retener o dar por terminado cualquier tipo de cuidado médico; y**
- **Contratar en mi nombre cualquier servicio de atención médica y comprometerme a pagar por dichos servicios (mi Agente del cuidado de la salud no será responsable financieramente por cualquier servicio o atención médica que se contrate para mí o en mi nombre).**

Mi Agente del cuidado de la salud será mi representante personal para todos los propósitos de la ley federal o estatal relacionados a la privacidad de mi historial médico (incluyendo El Acta de Portabilidad de Seguros de Salud y Rendición de Cuentas de 1996), y tendrá el mismo acceso que tendría yo a mi historial médico. Además, puede revelar el contenido de mi historial médico a otros para el cuidado continuo de mi salud.

Mi Agente del cuidado de la salud puede acompañarme en una ambulancia o ambulancia aérea si el personal de la ambulancia opina que es apropiado y el protocolo permite a un pasajero. Además, mi Agente puede visitarme o consultar conmigo en persona durante el tiempo que yo esté en un hospital, centro de enfermería especializado, hospicio o cualquier otra institución médica, si su protocolo permite visitas.

Mi Agente puede presentar una copia de esta Directiva Anticipada de Atención Médica en lugar de la original, y la copia tendrá el mismo significado, validez y efecto que la original.

Yo comprendo que bajo la ley de Georgia:

- Mi Agente del cuidado de la salud puede negarse a actuar como mi Agente del cuidado de la salud.
- Una Corte de justicia puede retirarle los poderes y autoridades a mi Agente si se determina que mi Agente no está actuando apropiadamente; y
- Mi Agente del cuidado de la salud no tiene la autoridad o poder para tomar decisiones de salud concernientes a psicocirugía, esterilización, o tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedades mentales o emocionales, retraso mental o adicciones.

4. Guía para el Agente del Cuidado de la Salud

Cuando esté tomando decisiones en mi nombre, mi Representante debe pensar sobre cuáles acciones serían consistentes con nuestras conversaciones pasadas, con las enseñanzas de la Iglesia Católica expresadas en los documentos enumerados bajo el título “Nota Especial para personas Católicas” descritos arriba, con mis preferencias sobre tratamientos expresadas en la PARTE DOS (si he llenado la PARTE DOS), mis creencias y valores religiosos y demás creencias y valores, y la forma en la que he manejado los asuntos médicos y otros asuntos importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría aún no está claro, entonces mi Agente del cuidado de la salud debe tomar las decisiones que piense que son las mejores para mí, considerando apropiadamente los beneficios, agobios y riesgos de mi condición y las opciones de tratamiento.

5. Poderes y autoridades del Agente del cuidado de la salud después de la muerte

(A) **AUTOPSIA:** Mi Agente tendrá el poder de autorizar una autopsia de mi cuerpo a menos que yo haya limitado la autoridad de mi Agente al poner mis iniciales abajo.

____ (Iniciales) Mi Agente no tendrá el poder de autorizar una autopsia de mi cuerpo (a menos que esta sea requerida por ley).

(B) **DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DONACIÓN DEL CUERPO:** Mi Agente tendrá la autoridad de disponer de cualquier parte de mi cuerpo o de todo mi cuerpo para propósitos médicos, según lo dispone el Acta de Donación Anatómica de Georgia, a menos que yo haya limitado el poder de mi Agente, al poner mis iniciales abajo.

____ (Iniciales) Mi Agente no tendrá la autoridad de disponer de mi cuerpo para ser usado en un programa de estudios médicos.

____ (Iniciales) Mi Agente no tendrá la autoridad de donar ninguno de mis órganos.

(C) **PREPARACIÓN FINAL DEL CUERPO:** Mi Agente tendrá el poder de tomar decisiones sobre la preparación final de mi cuerpo, a menos que yo haya puesto mis iniciales abajo.

____ (Iniciales) Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la preparación final de mi cuerpo:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos _____
(Casa, trabajo y móvil)

Deseo que mi cuerpo sea:

____ (Iniciales) **Sepultado**

O

____ (Iniciales) **Cremado** (los restos cremados deben ser conservados en una tumba o columbario – no esparcidos)

PARTE DOS—Preferencias de Tratamiento

La PARTE DOS no será efectiva si usted no tiene la capacidad de comunicar sus preferencias luego de que se realicen esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted para saber sus preferencias de tratamiento. La PARTE DOS será efectiva aun cuando la PARTE UNO no haya sido completada. Si usted no ha seleccionado un Agente del cuidado de la salud en la PARTE UNO, o si su Agente del cuidado de la salud no está disponible, entonces la PARTE DOS le indicará a su médico y a otros profesionales de la salud, sus preferencias de tratamiento. Si usted ha seleccionado un Agente del cuidado de la salud en la PARTE UNO, entonces su Agente tendrá la autoridad de tomar decisiones de salud por usted sobre asuntos cubiertos en la PARTE DOS. Su Agente será guiado(a) por sus preferencias de tratamiento y otros factores descritos en la Sección (4) de la PARTE UNO. Mi estado de salud será determinada por escrito luego de un examen médico elaborado por el médico que me atiende y de una segunda opinión médica de acuerdo con los estándares médicos aceptados actualmente.

6. Estado Terminal

Si sufro de una condición médica terminal, lo cual significa que mi situación es incurable o irreversible que resultará en mi muerte en un lapso de tiempo relativamente corto, y ya no puedo comunicar mis preferencias de tratamiento luego de que se realicen esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo para saber mis preferencias de tratamiento.

(A) ____ (Iniciales) Traten de extender mi vida lo más que sea posible, utilizando todos los medicamentos, máquinas u otros procedimientos médicos que a juicio médico me puedan mantener vivo(a). Si soy incapaz de recibir nutrientes y líquidos por boca, deseo recibir nutrientes y fluidos por sonda u otras vías médicas mientras estas sean capaces de proveer nutrición e hidratación. Adicionalmente, deseo recibir el Sacramento de la Unción de los Enfermos por un sacerdote católico tan pronto sea razonablemente posible.

O

(B) ____ (Iniciales) Permitan que ocurra mi muerte natural. No deseo que se me administre ningún medicamento (con excepción de antibióticos para el tratamiento de infecciones menores), máquinas u otro procedimiento médico que a juicio médico me puedan mantener vivo(a) pero que no me puedan curar, a menos que estos sirvan para mantenerme cómodo(a). Sin embargo, de acuerdo con la doctrina católica, deseo continuar recibiendo nutrición e hidratación. Si no tengo la capacidad de recibir nutrientes y líquidos por boca, entonces deseo recibir nutrientes y fluidos por tubo u otras vías médicas siempre y cuando estos me provean nutrición e hidratación y sus beneficios sobrepasen el peso de la carga que estos me impongan. Sin embargo, no deseo que se tome ninguna acción para reducir el tratamiento o cuidado a menos que un sacerdote católico haya sido contactado y el Sacramento de la Unción de los Enfermos haya sido solicitado.

7. Estado de Inconsciencia Permanente

Si me encuentro en estado de inconsciencia permanente, lo cual significa que tengo una condición incurable o irreversible en la cual no estoy consciente de mí mismo y de mi entorno, y no reacciono de ninguna forma a mi entorno ni puedo comunicar mis preferencias de tratamiento luego de que se realicen todos los esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo para conocer mis preferencias de salud.

(A) ____ (Iniciales) Traten de extender mi vida por el periodo de tiempo que sea posible, utilizando medicamentos, maquinas o cualquier otro procedimiento médico que a juicio médico me puedan mantener vivo(a). Si estoy incapacitado(a) de recibir nutrientes o fluidos por la boca, deseo recibir nutrientes o fluidos por sonda u otras vías médicas mientras estas sean capaces de proveerme nutrición e hidratación.

O

(B) ____ (Iniciales) Deseo recibir tratamientos médicos que ayuden a sobrepasar el peso de la carga que estos me impongan. Específicamente, de acuerdo a la doctrina católica, si yo no tengo la capacidad de recibir nutrientes o fluidos por la boca, deseo recibir nutrientes y fluidos por sonda u otras vías médicas siempre y cuando estos me estén proveyendo nutrición e hidratación y sean de suficiente beneficio para sobrepasar los agobios que estos me impongan.

8. En Caso de Embarazo

Doy fe que entiendo que, bajo la ley de Georgia, la PARTE DOS no tendrá fuerza de ley ni efecto si estoy embarazada, a menos que el bebé no sea viable y que yo indique abajo mi preferencia.

____ (Iniciales) Si estoy embarazada, deseo que se me mantenga viva y que reciba todos los procedimientos posibles para mantener mi vida, incluyendo nutrición e hidratación, hasta que el bebé pueda nacer con la mayor posibilidad de supervivencia.

9. Declaraciones Adicionales

Esta sección es opcional. La PARTE DOS será efectiva aun cuando esta sección se deje en blanco. Esta sección le permite declarar preferencias de tratamiento adicionales, proveer guía adicional para su Agente del cuidado de la salud (si usted ha seleccionado un Agente en la PARTE UNO) o proveer información sobre sus valores personales y religiosos respecto a su tratamiento médico. Por ejemplo, puede que usted desee expresar sus preferencias de tratamiento sobre medicamentos para atacar infecciones, operaciones, amputaciones, transfusiones de sangre o diálisis de los riñones. Entendiendo que usted no puede prever todo lo que le pueda pasar después que ya no pueda comunicar sus preferencias de tratamiento. Usted puede darle una guía a su Agente del cuidado de la salud (si usted ha elegido a un Agente en la PARTE UNO) sobre cómo seguir sus preferencias de tratamiento. Si usted quiere aquí puede declarar sus preferencias específicas con respecto al alivio y manejo del dolor.

PARTE TRES—TUTELA LEGAL

La PARTE TRES es opcional. Esta Directiva Anticipada de Atención Médica será efectiva aun si la PARTE TRES se deja en blanco. Si usted desea nominar a una persona para que sea su tutor en el caso que la corte decida que un tutor debe de ser designado, complete la PARTE TRES. Una corte designará a un tutor para usted si concluye que usted no está en la capacidad de tomar responsablemente decisiones significativas por sí mismo en cuanto a su atención, seguridad y bienestar. La Corte designará a la persona que usted ha nominado solo si la corte encuentra que esa designación será la mejor para salvaguardar sus intereses y bienestar. Si usted no ha seleccionado a un Agente del cuidado de la salud en la PARTE UNO, usted puede (pero no es requerido) nominar a esa misma persona para ser su tutor. Si su Agente del cuidado de la salud y su tutor legal no son la misma persona, su Agente del cuidado de la salud tendrá prioridad sobre su tutor en la toma de daciones relacionadas al cuidado médico, a menos que una Corte determine lo contrario.

10. Tutela legal

Declare sus preferencias escribiendo sus iniciales o el inciso (A) o el (B). Escoja el (A) solo si usted ha llenado la PARTE UNO también.

(A) ____ (Iniciales) Yo nombro a la persona sirviendo como mi Agente del cuidado de la salud en la PARTE UNO para servir como mi tutor.

O

(B) ____ (Iniciales) Yo nombro la siguiente persona para servir como mi tutor.

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____
(Casa, trabajo y móvil)

PARTE CUATRO—Validez y Firmas

Esta Directiva Anticipada de Atención Médica se hará efectiva solo si no estoy capacitado(a) o escojo no hacer o comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud.

Esta forma revoca cualquier directriz anticipada para la atención médica, poder notarial duradero para el cuidado de la salud, poder de atención médica o testamento en vida que yo haya completado previamente. A menos que yo haya puesto mis iniciales abajo y haya provisto fechas o eventos futuros, esta directiva anticipada de atención médica se hará efectiva en el momento en que yo la firme y será válida hasta mi muerte (y después de mi muerte, en la medida que sea autorizado en la Sección (5) de la PARTE UNO).

____ (Iniciales) Esta Directiva anticipada de atención médica será válida el/desde el _____ y terminará el/hasta el _____.

Usted debe firmar y fechar, o dar fe de que ha firmado y fechado esta forma en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben estar en su sano juicio y deben tener por lo menos 18 años de edad, pero los testigos no tienen que estar juntos o presentes ante usted, cuando usted firme esta forma.

El testigo:

- No puede ser una persona que haya sido seleccionada como su Agente del cuidado de la salud o Agente Sustituto en la PARTE UNO;
- No puede ser una persona que heredará algo de usted o que de alguna otra manera pueda obtener o ganar beneficio financiero alguno a raíz de su muerte; o
- No puede ser una persona que esté directamente involucrada con su atención médica.

Solo uno de los testigos puede ser empleado, agente o miembro del equipo médico del hospital, centro de enfermería especializado, hospicio u otra institución médica (pero este testigo no puede estar directamente involucrado en el cuidado de su salud).

Al firmar abajo, doy fe de que estoy emocional y mentalmente capacitado(a) para hacer esta directiva anticipada de la atención médica y que entiendo sus propósitos y efectos.

(Firma del Declarante)

(Fecha)

El declarante firmo este formulario en mi presencia o me hizo saber que firmo este formulario. Con base en mis observaciones personales, el declarante se encuentra emocional y mentalmente capaz para realizar esta Directiva anticipada de atención médica y de firmar este formulario libre y voluntariamente.

(Firma del Primer Testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

(Firma del Segundo Testigo)

(Fecha)

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Esta forma no necesita ser notariada.