

**DIRECTRIZ AVANZADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
DEL ESTADO DE GEORGIA**

Modificada en conformidad con la enseñanza católica

Este documento es una versión modificada de la Directriz Avanzada para el Cuidado de la Salud del Estado de Georgia originalmente provista por el Estado de Georgia. Este documento ha sido modificado en conformidad con las enseñanzas de la fe católica sobre el cuidado durante el final de la vida.

La preparación de una Directriz Avanzada para el Cuidado de la Salud es un proceso serio y debe ser completado luego de un profundo discernimiento que incluye oración y reflexión y en consulta con los documentos que se encuentran al final de la página 1.

Por favor comuníquese con nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre esta forma.

Gracias.

Para más información contacte a:
Joey Martineck, Director
Oficina del Respeto a la Vida
(404) 920-7362
jmartineck@archatl.com

DIRECTRIZ AVANZADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ESTADO DE GEORGIA

Modificada en conformidad con la enseñanza católica

Por: _____

Fecha de nacimiento: _____

Esta directriz avanzada para el cuidado de la salud consta de cuatro partes:

PARTE UNO—*Representante del cuidado de la salud. Esta parte le permite escoger a alguien que tome decisiones por usted sobre el cuidado de su salud cuando usted no tenga la capacidad de tomarlas (o no desee tomarlas). Esta persona es como su agente, apoderado o tutor para asuntos del cuidado de su salud. La persona que usted escoja, en lo sucesivo se llamará el Representante de cuidado de la salud (el “Representante”). Usted también puede determinar que su Representante tome decisiones por usted después de su muerte con respecto a la autopsia, donación de órganos, donación de su cuerpo (para estudios científicos), o para la disposición final de su cuerpo. Usted debe hablar con su Representante sobre este rol tan importante.*

PARTE DOS—*Preferencias sobre tratamientos. Esta parte le permite a usted manifestar sus preferencias. Si usted tiene una condición terminal o si usted se encuentra en un estado de inconciencia permanente. La PARTE DOS será efectiva solo si usted no tiene la capacidad de comunicar sus preferencias sobre tratamiento. Se harán esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con usted sobre sus preferencias de tratamiento antes de que la PARTE DOS se haga efectiva. Usted debe hablar con su familia y con otras personas cercanas a usted sobre sus preferencias.*

PARTE TRES—*Tutela legal. Esta parte le permite nominar a una persona para que sea su tutor(a) o guardián legal si alguna vez este(a) se necesita.*

PARTE CUATRO—*Efectividad y Firmas. Esta parte requiere su firma y las firmas de dos testigos. Usted debe completar la PARTE CUATRO si usted ha llenado cualquier otra parte en esta forma.*

Usted tiene la opción de llenar cualquier otra de las partes enumeradas anteriormente, pero debe llenar la PARTE CUATRO de esta forma para que este documento se haga efectivo.

Usted debe entregarle una copia completada de esta forma a las personas que puedan necesitarla, tales como su Representante, su familia y su médico. Mantenga una copia de esta forma completada en su hogar en un lugar donde pueda ser encontrada fácilmente de necesitarse. Revise esta forma completada periódicamente para asegurarse de que aún refleja sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete una nueva directriz avanzada para el cuidado de la salud.

El utilizar esta forma de directriz avanzada para el cuidado de la salud es completamente opcional. Otras formas de directrices avanzadas para el cuidado de la salud pueden ser utilizadas en el Estado de Georgia.

Usted puede revocar esta forma completada en cualquier momento. Esta forma completada reemplazará cualquier directriz avanzada para el cuidado de la salud, 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 CATÓLICOS:

- Este documento es una versión modificada de la Directriz Avanzada para el Cuidado de la Salud provista por el Estado de Georgia. Este documento ahora está en conformidad con las enseñanzas de la Iglesia católica con respecto al cuidado durante el final de la vida.
- La preparación de una Directriz Avanzada para el Cuidado de la Salud 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 Directriz Avanzada:
 - “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—REPRESENTANTE

La PARTE UNO será efectiva aun si no se completa 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 Representante de servicios de salud. Si usted está casado(a), un futuro divorcio o anulación de su matrimonio revocará la selección de su actual cónyuge como su Representante. Si usted no está casado(a), un futuro matrimonio también revocará la selección de su Representante a menos que la persona seleccionada como Representante sea su nuevo cónyuge.

1. Representante del Cuidado de la Salud

Yo selecciono la siguiente persona como mi Representante para tomar decisiones por mí sobre el cuidado de mi salud:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____
(Casa, trabajo y móvil)

1. Representante 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 Representante no puede ser contactado(a) en un periodo razonable de tiempo y no puede ser localizado(a) con esfuerzos razonables o si por cualquier otra razón mi Representante no está dispuesto(a) o no desea actuar como mi Representante, entonces yo selecciono a la(s) siguiente(s) persona(s), individualmente, a actuar sucesivamente en el orden mencionado, como mi(s) Representante(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 Representante _____

Mi Representante tomará decisiones por mí cuando yo no sea capaz de comunicar mis decisiones sobre el cuidado de mi salud o cuando escoja que mi Representante las tome por mí.

Mi Representante tendrá la misma autoridad que yo tendría para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud. La autoridad de mi Representante incluye, por ejemplo, el poder de:

- Admitirme a, o darme de alta de cualquier hospital, instalación de cuidado especializado de enfermería, hospicio u otra instalación o servicio de cuidado de la salud;
- Pedir, dar consentimiento, retener o dar por terminado cualquier tipo de cuidado de la salud; y

- Contratar en mi nombre cualquier servicio de cuidado de la salud y comprometerme a pagar por dichos servicios (mi Representante no tendrá obligación alguna de ser responsable financieramente a nivel personal por cualquier servicio o cuidado de salud que se contrate para mí o en mi nombre).

Mi Representante será mi representante personal para todos los asuntos sobre leyes federales o estatales 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 para propósitos del cuidado continuo de mi salud.

Mi Representante 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 Representante puede visitarme o consultarme en persona durante el tiempo que yo esté en un hospital, instalación especializada de enfermería, hospicio u otra instalación o servicio de salud, si su protocolo permite visitas.

Mi Representante puede presentar una copia de esta directriz avanzada para cuidados de la salud en lugar del original y la copia tendrá el mismo significado, validez y efecto que la original.

Doy fe que entiendo que, bajo la ley del Estado de Georgia:

Mi Representante puede negarse a actuar como mi representante.

Una corte de ley puede retirarle los poderes y autoridades a mi Representante si esta determina que mi Representante no está actuando apropiadamente; y

Mi Representante no tiene la autoridad o poder para tomar decisiones de salud concernientes a psico-cirugía, esterilización ni tratamiento u hospitalización involuntaria por enfermedades, desórdenes mentales o emocionales, retraso mental ni enfermedad o condición de adicción.

4. Guía para el Representante _____

Cuando esté tomando decisiones en mi nombre, mi Representante debe pensar sobre cuáles acciones serían consistentes con pasadas conversaciones que hayamos tenido, con las enseñanzas de la Iglesia católica expresadas en los documentos enumerados bajo el título “Nota Especial para los Católicos” descrita 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 Representante debe tomar las decisiones que piense que son las mejores para mí, considerando apropiadamente los beneficios, cargas y riesgos de mi circunstancia y las opciones de tratamiento.

5. Poderes y Autoridades del Representante Después de la Muerte _____

(A) AUTOPSIA

Mi Representante tendrá el poder de autorizar una autopsia de mi cuerpo a menos que yo haya limitado la autoridad de mi Representante al poner mis iniciales abajo.

____(Iniciales) Mi Representante 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 Representante 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 Representante, al poner mis iniciales abajo.

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

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

(C) DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO

Mi Representante tendrá el poder de tomar decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo, a menos que yo haya puesto mis iniciales abajo.

____(Iniciales) Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición 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 tomen esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse con

usted sobre sus preferencias de tratamiento. La PARTE DOS será efectiva aun cuando la PARTE UNO no haya sido completada. Si usted no ha seleccionado un Representante en la PARTE UNO, o si su Representante no está disponible, entonces la PARTE DOS le proveerá a su médico y a otros profesionales de la salud, sus preferencias de tratamiento. Si usted ha seleccionado un Representante en la PARTE UNO, entonces su Representante tendrá la autoridad de tomar decisiones de salud por usted sobre asuntos cubiertos en la PARTE DOS. Su Representante será guiado(a) por sus preferencias de tratamiento y otros factores descritos en la Sección (4) de la PARTE UNO. Mi condición 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 actuales aceptados.

6. Condición Terminal

Si sufro de una condición médica terminal, lo cual significa que poseo una condición 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 tomen esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo sobre 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, en el juicio médico razonable, me puedan mantener vivo(a). Si estoy incapacitado(a) de recibir nutrición o fluidos por boca, entonces deseo recibir nutrición o fluidos por tubo u otras vías médicas mientras estas sean capaces de proveerme alimento 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 en el juicio médico razonable me pueda mantener vivo(a) pero que no me pueda curar a menos que estos sirvan para mantenerme cómodo(a). Sin embargo, de acuerdo con la enseñanza católica, deseo continuar recibiendo nutrición e hidratación. Si no tengo la capacidad de recibir alimento y fluidos por boca, entonces deseo recibir nutrición y fluidos por tubo u otras vías médicas siempre y cuando estos me estén proveyendo alimento e hidratación y sean de suficiente beneficio para sobrepasar el peso de las cargas 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 tomen esfuerzos razonables y apropiados para comunicarse conmigo sobre 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 en el juicio médico razonable me pueda mantener vivo(a). Si estoy incapacitado(a) de recibir nutrición o fluidos por boca, entonces deseo recibir nutrición o fluidos por tubo u otras vías médicas mientras estas sean capaces de proveerme alimento e hidratación.

O

(B)_____ *(Iniciales)* Deseo recibir tratamientos médicos que ayuden a sobrepasar el peso de las cargas que estos me impongan. Específicamente, de acuerdo a la enseñanza católica, si no tengo la capacidad de recibir nutrición o fluidos por boca, entonces deseo recibir nutrición y fluidos por tubo u otras vías médicas siempre y cuando estos me estén proveyendo alimento e hidratación y sean de suficiente beneficio para sobrepasar las cargas que estos me impongan.

8. En Caso de Embarazo_____

Doy fe que entiendo que, bajo la ley del Estado 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 recibir todos los procedimientos posibles para sustentar 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 Representante (si usted ha seleccionado un Representante 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 pueda pasar con respecto a su salud después que ya no pueda comunicar sus preferencias, usted puede desear el proveer guía a su Representante (si usted ha elegido a un Representante en la PARTE UNO) sobre cómo seguir sus preferencias de tratamiento. Quizás quiera declarar sus preferencias específicas con respecto al alivio y manejo del dolor.

PARTE TRES—TUTORÍA

Declare sus preferencias iniciando 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 Representante en la PARTE UNO para servir como mi tutor/guardián.**

O

(B) _____ (Iniciales) **Yo nombro la siguiente persona para servir como mi tutor/guardián.**

Nombre: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____
(Casa, trabajo y móvil)

PARTE CUATRO—Efectividad y Firmas

Esta directriz avanzada para el cuidado de la salud 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 avanzada para el cuidado de la salud, 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 directriz avanzada para el cuidado de la salud se hará efectiva en el momento en que yo la firme y permanecerá efectiva hasta mi muerte (y después de mi muerte, en la medida que sea autorizado en la Sección (5) de la PARTE UNO).

_____ (Iniciales) *Esta directriz avanzada para el cuidado de la salud se hará efectiva 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.

Un testigo:

- *No puede ser una persona que haya sido seleccionada como su Representante o Representante Sustituto en la PARTE UNO;*
- *No puede ser una persona quien se conozca que va a heredar algo de usted o 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 cuidado de salud.*

Solo uno de los testigos puede ser empleado, agente o miembro del equipo médico del hospital, instalación de cuidado especializado de enfermería, hospicio u otra instalación o servicio de cuidado de salud (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 directriz avanzada para el cuidado de la salud, y de que entiendo sus propósitos y efectos.

(Firma del Declarante)

(Fecha)

(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.

(rev. 11/5/15)