



# **NORTHSIDE HOSPITAL**

English – Spanish - Korean

# **VOLUNTADES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE GEORGIA**

## **Voluntades Anticipadas: “Su derecho a decidir”**

En Georgia, los adultos que pueden tomar sus propias decisiones tienen el derecho a elegir el tipo de atención médica que desean. Esto significa que usted puede aceptar o rechazar un tratamiento, o decidir suspender su atención médica si lo desea. También puede elegir a una persona de confianza para que tome decisiones médicas por usted si en algún momento no puede hacerlo.

La mejor forma de poder seguir tomando decisiones sobre su atención médica es completar un formulario llamado “Voluntades anticipadas para la atención médica de Georgia” (*Georgia Advance Directive for Health Care*) antes de enfermarse o lesionarse y no poder representarse.

### **¿Qué son las voluntades anticipadas?**

Las voluntades anticipadas son un papel en donde escribe qué tipo de atención médica desea. Ayuda a los médicos y a su familia a saber qué desea usted si no puede hablar ni tomar decisiones. Puede elegir a alguien de confianza para que tome decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Completar este formulario antes de enfermarse o lesionarse ayuda a los demás a saber qué hacer y le da más control sobre su atención médica.

### **¿Qué sucede si no tengo voluntades anticipadas?**

Los médicos lo atenderán de todas maneras si no tiene voluntades anticipadas. Siempre y cuando pueda hablar y pensar con claridad, puede tomar sus propias decisiones médicas. Si no puede tomar decisiones y no tiene voluntades anticipadas, la ley de Georgia le permite a su familiar más cercano ayudar a tomar decisiones por usted.

### **¿Qué son las voluntades anticipadas para la atención médica de Georgia y cómo las completo?**

Es un formulario que se usa en Georgia y le permite:

- Elegir a alguien para que tome decisiones médicas por usted.
- Decir qué tipos de tratamientos desea o no desea.
- Nombrar a alguien para que lo cuide si un tribunal decide que necesita ayuda.
- Firmar el formulario para que tenga validez legal.

Usted no necesita un abogado para completarlo, pero necesita dos adultos como testigos de su firma. Estos no pueden ser su médico, su representante de atención médica ni cualquier persona que recibirá su dinero o sus cosas cuando fallezca.

El formulario tiene cuatro partes, en cada parte podrá explicar sus deseos si no puede darlos a conocer.

# Voluntades anticipadas: “Su derecho a decidir”

## **PRIMERA PARTE: Elija a alguien para que ayude con las decisiones médicas**

Puede elegir un adulto de confianza para que sea su representante de atención médica. Esta persona toma las decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo.

### **¿Quién puede ser mi representante de atención médica?**

Usted puede elegir a cualquier adulto que lo conozca bien y entienda lo que usted desea. Elija a alguien de confianza para que cumpla con sus deseos.

Su médico u otro proveedor de atención médica no puede ser su representante.

### **¿Qué puede hacer un representante de atención médica?**

Su representante de atención médica puede hablar en su nombre y tomar decisiones médicas si usted no puede hacerlo. También puede permitirle que decida acerca de la donación de órganos o acerca de una autopsia después de que fallezca.

### **¿Qué no puede hacer un representante de atención médica?**

Su representante no puede dar consentimiento para lo siguiente:

- Cirugía cerebral para tratar una enfermedad mental (psicocirugía).
- Esterilización (hacer que no pueda tener hijos).
- Estadías hospitalarias para tratar una enfermedad mental, o problemas por el consumo de drogas o alcohol.

Además, su médico le puede seguir dando medicamentos para aliviar el dolor o ponerlo más cómodo, sin que sea necesario que su representante dé consentimiento.

## **SEGUNDA PARTE: Sus deseos para el tratamiento médico**

Si está muy enfermo o en estado de coma y no puede despertar, esta parte dice qué tipo de atención médica desea.

Puede decidir:

- Que lo mantengan vivo la mayor cantidad de tiempo posible con máquinas y medicamentos.
- Que lo dejen morir de manera natural sin máquinas, solo cuidados paliativos.
- Elegir algunos tratamientos que desea o no desea (como sondas de alimentación, reanimación cardiopulmonar [RCP] o respiradores).

### **¿Qué es una enfermedad terminal o un estado de inconsciencia permanente?**

- Una enfermedad terminal significa que su enfermedad o lesión no es curable y podría causar la muerte en poco tiempo, incluso si recibe tratamiento.
- Un estado de inconsciencia permanente significa que está en estado de coma o no responde a estímulos, y los médicos no creen que se despertará.

# Voluntades anticipadas: “Su derecho a decidir”

## ¿Puedo escribir los tratamientos que no deseo?

Sí, puede mencionar los tratamientos que no desea, como:

- Antibióticos para las infecciones
- Cirugías o amputaciones
- Transfusiones de sangre
- Diálisis

## ¿Puedo decir que deseo todos los tratamientos?

Sí, algunas personas quieren que los médicos prueben todo lo posible para mantenerlas vivas, y usted puede decir lo mismo si es lo que desea.

## TERCERA PARTE: Elija un tutor

Un tribunal puede elegir a alguien para que lo cuide si no se puede cuidar a sí mismo. Usted puede designar a esa persona en esta parte.

Puede elegir a la misma persona que eligió para ser su representante de atención médica o a otra persona.

## CUARTA PARTE: Cuándo entra en vigencia mi formulario de voluntades anticipadas

La vigencia de su formulario empieza cuando lo firma, salvo que elija una fecha distinta. Se mantiene vigente de por vida, salvo que lo cancele o lo cambie.

Puede cambiar de parecer en cualquier momento y:

- Elegir un representante nuevo
- Cambiar sus elecciones de tratamiento
- Cancelar el formulario en su totalidad

## ¿Seguirán siempre los médicos mis voluntades anticipadas?

Generalmente sí, si su formulario cumple con las leyes de Georgia.

Su médico u hospital debe decirle a usted o a su representante si no puede cumplir o no cumplirá con sus deseos. Su médico u hospital debe ayudar a transferirlo a otro médico u hospital que sí cumpla sus deseos.

## ¿Seguirán siempre los médicos mis voluntades anticipadas si estoy embarazada?

Depende de la situación.

- Si el bebé puede sobrevivir el parto, su médico no seguirá las instrucciones que detendrían la atención médica que los mantendría vivos a usted y al bebé.
- Si el bebé no sobreviviría el parto, no se seguirán sus instrucciones salvo que marque un casillero especial en el formulario que dice que desea que se detenga la atención médica que la mantendría viva incluso durante el embarazo.

## ¿Vencen mis voluntades anticipadas?

No, no hay un límite de tiempo. Se mantienen vigentes salvo que las cancele.

# Voluntades anticipadas: “Su derecho a decidir”

## ¿Qué debo hacer después de completar mis voluntades anticipadas?

Una vez que firme el formulario y tenga dos testigos:

- Dele una copia a su representante de atención médica.
- Dele una copia a su médico u otro proveedor de atención médica.
- Deles una copia a sus familiares.
- Complete la tarjeta, “Voluntades anticipadas para la atención médica de Georgia,” y llévela en su billetera. Esta tarjeta les permite a las personas saber que tiene voluntades anticipadas y a quién contactar.

## Política de Northside Hospital sobre las voluntades anticipadas

- Northside Hospital seguirá las voluntades anticipadas de un paciente si cumplen con las leyes de Georgia.
- El hospital respeta su derecho de aceptar o negar tratamientos médicos o quirúrgicos, siempre que lo permita la ley.
- Los empleados de Northside no pueden firmar como testigos en los formularios de voluntades anticipadas.
- Si un paciente se enferma gravemente en un centro ambulatorio de Northside (como un consultorio o centro médico), el personal empezará a dar atención médica de emergencia y llamará a una ambulancia para que lleve al paciente a la sala de emergencias del hospital.
- En la sala de emergencias, los médicos revisarán el estado del paciente y luego decidirán si pueden seguir las instrucciones de las voluntades anticipadas.

### **Georgia Advanced Directive For Health Card**

Tarjeta “Voluntades anticipadas para la atención médica de Georgia”

**Directives I have completed** / Voluntades que he completado: (marque una o más opciones según corresponda)

\_\_\_\_ **Part 1 Healthcare Agent** / Primera parte:  
Representante de atención médica

\_\_\_\_ **Part 2 Treatment Preferences** / Segunda parte:  
Preferencias de tratamiento

\_\_\_\_ **Part 3 Guardianship** / Tercera parte: Tutela

**Person to contact**  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**Address** / Dirección: \_\_\_\_\_

**City** / Ciudad: \_\_\_\_\_ **State** / Estado \_\_\_\_\_

**Zip** / Código postal \_\_\_\_\_ **Phone** / Teléfono \_\_\_\_\_

**Date** / Fecha \_\_\_\_\_

**Signature** / Firma \_\_\_\_\_ **Date/Time** / Fecha y hora \_\_\_\_\_

### **Georgia Advanced Directive For Health Card**

Tarjeta “Voluntades anticipadas para la atención médica de Georgia”

**Directives I have completed** / Voluntades que he completado: (marque una o más opciones según corresponda)

\_\_\_\_ **Part 1 Healthcare Agent** / Primera parte:  
Representante de atención médica

\_\_\_\_ **Part 2 Treatment Preferences** / Segunda parte:  
Preferencias de tratamiento

\_\_\_\_ **Part 3 Guardianship** / Tercera parte: Tutela

**Person to contact**  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**Address** / Dirección: \_\_\_\_\_

**City** / Ciudad: \_\_\_\_\_ **State** / Estado \_\_\_\_\_

**Zip** / Código postal \_\_\_\_\_ **Phone** / Teléfono \_\_\_\_\_

**Date** / Fecha \_\_\_\_\_

**Signature** / Firma \_\_\_\_\_ **Date/Time** / Fecha y hora \_\_\_\_\_



# VOLUNTADES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE GEORGIA

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

Estas voluntades anticipadas para la atención médica tienen cuatro partes:

## **PART ONE / PRIMERA PARTE**

REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA. Esta parte le permite elegir a alguien para que tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede (o no desea) hacerlo. La persona que elija se llama representante de atención médica. También puede hacer que su representante tome decisiones en su nombre después de su muerte respecto a una autopsia, donación de órganos, donación del cuerpo y la disposición final de su cuerpo. Hable con su representante de atención médica sobre este aspecto importante de su encargo.

## **PART TWO / SEGUNDA PARTE**

PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO. Esta parte le permite declarar sus preferencias de tratamiento si tiene una enfermedad terminal o si está en un estado de inconsciencia permanente. La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia solo si usted no puede comunicar sus preferencias de tratamiento. Se harán esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse con usted sobre sus preferencias de tratamiento antes de que la SEGUNDA PARTE entre en vigencia. Hable con su familia y otros seres queridos sobre sus preferencias de tratamiento.

## **PART THREE / TERCERA PARTE**

TUTELA. Esta parte le permite asignar una persona para que sea su tutor si llegase a necesitarlo en algún momento.

## **PART FOUR / CUARTA PARTE**

VIGENCIA Y FIRMAS. Esta parte requiere su firma y las firmas de dos testigos. Debe completar la CUARTA PARTE si completó cualquier otra parte de este formulario.

Puede completar una o todas las primeras tres partes mencionadas anteriormente, pero es necesario que complete la CUARTA PARTE de este formulario para que tenga validez.

Debe darle una copia de este formulario completado a las personas que podrían necesitarlo, como su representante de 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 de ser necesario. Revise este formulario completado periódicamente para asegurarse de que siga reflejando sus preferencias. Si sus preferencias cambian, complete un nuevo formulario de voluntades anticipadas para la atención médica.

El uso de este formulario de voluntades anticipadas para la atención médica es completamente opcional y puede usar cualquier otro formulario de voluntades anticipadas para la atención médica en Georgia.

Usted puede anular este formulario completado en cualquier momento. Este formulario completado reemplazará todas las voluntades anticipadas para la atención médica, los poderes notariales duraderos para la atención médica, los representantes para la atención médica o los testamentos vitales que haya completado antes de completar este formulario.

**PART ONE: HEALTH CARE AGENT / PRIMERA PARTE: REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

[La PRIMERA PARTE tendrá vigencia incluso si no se completa la SEGUNDA PARTE. Un médico o proveedor de atención médica que esté directamente involucrado en su atención médica no puede ser su representante. Si está casado, un divorcio o una anulación futura de su matrimonio revocará la selección de su cónyuge actual como representante de atención médica. Si no está casado, un matrimonio futuro revocará la selección de su representante de atención médica, salvo que la persona que haya seleccionado sea su nuevo cónyuge].

**(1) HEALTH CARE AGENT / REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

**I select the following person as my health care agent to make health care decisions for me:** / Elijo a la siguiente persona como mi representante de atención médica para que tome decisiones médicas en mi nombre:

**Name:** / Nombre: \_\_\_\_\_

**Address:** / Dirección: \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers:** / Números de teléfono \_\_\_\_\_  
(Home, Work, and Mobile / Casa, oficina y celular)

**(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT / REPRESENTANTE SUPLENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

[Esta sección es opcional. La PRIMERA PARTE tendrá vigencia incluso si esta sección se deja en blanco].

Si no se puede contactar a mi representante de atención médica en un periodo razonable y no se le puede ubicar a pesar de hacer esfuerzos razonables, o si por alguna razón mi representante de atención médica no está disponible, o no puede o no desea actuar como mi representante, entonces elijo a las siguientes personas como mis representantes suplentes de atención médica, para que actúen en el orden en que se nombran:

**Name:** / Nombre: \_\_\_\_\_

**Address:** / Dirección: \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers:** / Números de teléfono \_\_\_\_\_  
(Home, Work, and Mobile / Casa, oficina y celular)

**Name:** / Nombre: \_\_\_\_\_

**Address:** / Dirección: \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers:** / Números de teléfono \_\_\_\_\_  
(Home, Work, and Mobile / Casa, oficina y celular)

**(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT / FACULTADES GENERALES DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Mi representante de atención médica tomará decisiones médicas en mi nombre cuando yo no pueda comunicarlas, o cuando yo decida que mi representante de atención médica sea quien comunique mis decisiones médicas.

Mi representante de atención médica tendrá la misma autoridad para tomar decisiones médicas que yo. La autoridad de mi representante incluye, por ejemplo, la facultad para hacer lo siguiente:

Ingresarme o darme de alta en cualquier hospital, centro especializado de enfermería, centro de cuidados paliativos, u otro centro o lugar de servicios de atención médica;

Solicitar, aceptar, negar o suspender cualquier tipo de atención médica; y

Contratar cualquier centro o servicio médico para mí y comprometerme a que yo pague por estos servicios (y mi representante de atención médica no estará obligado económicamente a pagar por estos servicios o cuidados contratados para mí o en mi nombre).

Mi representante de atención médica será mi representante personal para todos los fines de las leyes federales o estatales relacionadas con la privacidad de los registros médicos (incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, HIPAA) y tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que tengo yo, y podrá divulgar el contenido de estos registros a otras personas para mi atención médica en curso.

Mi representante de atención médica me podrá acompañar en una ambulancia terrestre o aérea si el protocolo del personal de la ambulancia permite un pasajero. Mi representante de atención médica me podrá visitar o consultarme en persona cuando yo esté en un hospital, centro especializado de enfermería, centro de cuidados paliativos, u otro centro o lugar de servicios de atención médica si el protocolo lo permite.

Mi representante de atención médica podrá presentar una copia de estas voluntades anticipadas para la atención médica en lugar de la versión original, y la copia tendrá el mismo significado y la misma vigencia que la versión original.

Entiendo que bajo la ley de Georgia:

Mi representante de atención médica podría negarse a actuar como tal; un tribunal podría anular las facultades de mi representante si descubre que no está actuando como debería; y

Mi representante de atención médica no tiene la facultad para tomar decisiones médicas en mi nombre respecto a una psicocirugía, esterilización, o tratamiento u hospitalización involuntaria a causa de una enfermedad mental o emocional, una discapacidad intelectual o una enfermedad adictiva.

(4) **GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT / CONSEJOS PARA EL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Cuando mi representante de atención médica tome decisiones médicas en mi nombre deberá pensar sobre qué acción sería indicativa de conversaciones pasadas que tuvimos, mis preferencias de tratamiento expresadas en la SEGUNDA PARTE (si la completé), mis creencias religiosas y otras creencias y valores, y cómo he manejado situaciones médicas y otras situaciones importantes en el pasado. Si todavía no tiene claro qué decisión tomaría yo, entonces mi representante de atención médica deberá tomar en mi nombre aquellas decisiones que crea que son las mejores para mí, tomando en consideración los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales, y las opciones de tratamiento.

(5) **POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH / FACULTADES DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE MI MUERTE**

(A) **AUTOPSY / AUTOPSIA**

Mi representante de atención médica tendrá la facultad para autorizar una autopsia de mi cuerpo, salvo que yo haya colocado mis iniciales a continuación para limitar su facultad.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law).** Mi representante de atención médica no tendrá la facultad para autorizar una autopsia de mi cuerpo (salvo que lo requiera la ley).

(B) **ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY / DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DONACIÓN DEL CUERPO**

Mi representante de atención médica tendrá la facultad para disponer de cualquier parte o de todo mi cuerpo con fines médicos conforme a la Ley de Donación Anatómica de Georgia (*Georgia Anatomical Gift Act*), salvo que yo haya colocado mis iniciales a continuación para limitar su facultad.

[Coloque sus iniciales en los enunciados pertinentes].

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program.** / Mi representante de atención médica no tendrá la facultad para disponer de mi cuerpo para su uso en un programa de estudios médicos.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **My health care agent will not have the power to donate any of my organs.** / Mi representante de atención médica no tendrá la facultad para donar ninguno de mis órganos.

(C) **FINAL DISPOSITION OF BODY / DISPOSICIÓN FINAL DEL CUERPO**

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

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **I want the following person to make decisions about the final disposition of my body:** / Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición final de mi cuerpo:

Name: / Nombre: \_\_\_\_\_

Address: / Dirección: \_\_\_\_\_

Telephone Numbers: / Números de teléfono \_\_\_\_\_  
(Home, Work, and Mobile / Casa, oficina y celular)

I wish for my body to be: / Deseo que mi cuerpo sea:

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **Buried** / Enterrado

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **Cremated** / Incinerado

## **PART TWO: TREATMENT PREFERENCES / SEGUNDA PARTE: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO**

[La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia solo si no puede comunicar sus preferencias de tratamiento después de que se hayan hecho esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse con usted sobre sus preferencias. La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia incluso si la PRIMERA PARTE no se completa. Si no ha seleccionado un representante de atención médica en la PRIMERA PARTE, o si su representante no está disponible, entonces la SEGUNDA PARTE le proporcionará sus preferencias de tratamiento a su médico y a otros proveedores de atención médica. Si usted ha seleccionado un representante de atención médica en la PRIMERA PARTE, entonces este representante tendrá la autoridad de tomar todas las decisiones médicas en su nombre respecto a temas cubiertos en la SEGUNDA PARTE. Su representante de atención médica se guiará por sus preferencias de tratamiento y otros factores descritos en la sección (4) de la PRIMERA PARTE].

### **(6) CONDITIONS / ENFERMEDADES**

La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia si me encuentro en alguna de las siguientes situaciones:

[Coloque sus iniciales si desea que la SEGUNDA PARTE tenga validez en cada situación].

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time.** / Una enfermedad terminal, lo que significa que tengo una enfermedad incurable o irreversible que causará mi muerte en un periodo relativamente corto.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment.** / Un estado de inconsciencia permanente, lo que significa que tengo una enfermedad incurable o irreversible en la que no tengo conocimiento de mí mismo o de mi entorno, y no muestro una reacción conductual a mi entorno.

Mi enfermedad se determinará por escrito después de que el médico responsable y un segundo médico hayan hecho un examen conforme a los estándares médicos actualmente aceptados.

## (7) TREATMENT PREFERENCE / PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO

[Coloque sus iniciales en la opción (A), (B) o (C) para indicar sus preferencias de tratamiento. Si elije (C), coloque sus iniciales en uno o más de los siguientes enunciados después de (C) para indicar sus preferencias de tratamiento adicionales. Puede proporcionar instrucciones adicionales sobre sus preferencias de tratamiento en la sección siguiente. Se le proporcionarán cuidados paliativos, como alivio del dolor, pero también podría desear mencionar sus preferencias específicas respecto al alivio del dolor en la sección siguiente].

Si estoy en alguna de las situaciones en las que coloqué mis iniciales en la sección (6) más arriba y ya no puedo comunicar mis preferencias de tratamiento después de que se hicieron esfuerzos razonables y adecuados para comunicarse conmigo sobre estas, entonces:

(A) \_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive. If I am unable to take nutrition or fluids by mouth, then I want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means.** / Intenten prolongar mi vida lo más que se pueda, usando todos los medicamentos, los aparatos u otros procedimientos médicos que puedan mantenerme con vida según una opinión médica razonable. Si no puedo consumir alimentos ni tomar líquidos por la boca, deseo recibirlos mediante una sonda u otros medios médicos.

**O**

(B) \_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **Allow my natural death to occur. I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me. I do not want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means except as needed to provide pain medication.** / Permitan que muera por causas naturales. No deseo tomar ningún medicamento, ni que se use ningún aparato ni otros procedimientos médicos que me podrían mantener con vida por más tiempo según una opinión médica razonable, pero que no me pueden curar. No deseo recibir alimentos ni líquidos por sonda ni por otros medios médicos, excepto lo necesario para proporcionar medicamentos contra el dolor.

**O**

(C) \_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows:** / No deseo tomar ningún medicamento, ni que se use ningún aparato ni otros procedimientos médicos que me podrían mantener con vida por más tiempo según una opinión médica razonable, pero que no me pueden curar, con las siguientes excepciones:

**[Initial each statement that you want to apply to option (C). / Coloque sus iniciales en cada enunciado pertinente a la opción (C)].**

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means.** / Si no puedo consumir alimentos por la boca, deseo recibirlos por una sonda u otros medios médicos.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means.** / Si no puedo tomar líquidos por la boca, deseo recibirlos por una sonda u otros medios médicos.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used.** / Si necesito ayuda para respirar, deseo que se use un respirador.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used.** / Si mi corazón o pulso se detienen, deseo que se me realice una reanimación cardiopulmonar (RCP).

**(8) ADDITIONAL STATEMENTS / ENUNCIADOS ADICIONALES**

[Esta sección es opcional. La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia incluso si esta sección se deja en blanco. Esta sección le permite indicar preferencias de tratamiento adicionales para proporcionarle una guía más amplia a su representante de atención médica (si lo seleccionó en la PRIMERA PARTE), o para proporcionar información sobre sus valores personales y religiosos respecto a su tratamiento médico. Por ejemplo, podría desear indicar sus preferencias de tratamiento respecto a medicamentos para combatir una infección, a cirugías, amputaciones, transfusiones de sangre o diálisis renal. Al saber que no puede prever todo lo que podría sucederle después de no poder comunicar sus preferencias de tratamiento, podría desear orientar a su representante de atención médica (si lo seleccionó en la PRIMERA PARTE) respecto al seguimiento de sus preferencias de tratamiento. Podría desear indicar sus preferencias específicas acerca de medicamentos contra el dolor].

---

---

---

**(9) IN CASE OF PREGNANCY / EN CASO DE EMBARAZO**

**[PART TWO will be effective even if this section is left blank.** / La SEGUNDA PARTE tendrá vigencia incluso si esta sección se deja en blanco].

Entiendo que, bajo la ley de Georgia, la SEGUNDA PARTE generalmente no tendrá vigencia ni efecto si estoy embarazada, salvo que el feto no sea viable y yo coloque mis iniciales a continuación para indicar que deseo que se ejecute la SEGUNDA PARTE.

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) **I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable.** / Deseo que se ejecute la SEGUNDA PARTE si mi feto no es viable.

**PART THREE: GUARDIANSHIP / TERCERA PARTE: TUTELA**

**(10) GUARDIANSHIP / TUTELA**

[La TERCERA PARTE es opcional. Estas voluntades anticipadas para la atención médica tendrán vigencia incluso si se deja la TERCERA PARTE en blanco. Si desea asignar a una persona como su tutor en el caso de que un tribunal decida que se debe asignar uno, complete la TERCERA PARTE. Un tribunal asignará un tutor en su nombre si este determina que usted no puede tomar decisiones responsables significativas sobre su apoyo, seguridad o bienestar personal necesarios. Un tribunal asignará a la persona que usted eligió si este determina que ese nombramiento es lo más conveniente para usted y su bienestar. Si usted eligió un representante de atención médica en la PRIMERA PARTE, podrá (pero no estará obligado a) asignar a la misma persona como su tutor. Si su representante de atención médica y su tutor no son la misma persona, su representante tendrá prioridad sobre su tutor al momento de tomar decisiones médicas, salvo que un tribunal especifique lo contrario].

[State your preference by initialing (A) or (B). Choose (A) only if you have also completed PART ONE. / Coloque sus iniciales en la opción (A) o (B) para indicar su preferencia. Elija (A) solo si ha completado la PRIMERA PARTE].

(A) \_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian. / Asigno a la persona que nombré como representante de atención médica en la PRIMERA PARTE como mi tutor.

O

(B) \_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) I nominate the following person to serve as my guardian: / Asigno a la siguiente persona como mi tutor:

Name: / Nombre: \_\_\_\_\_

Address: / Dirección: \_\_\_\_\_

Telephone Numbers: / Números de teléfono \_\_\_\_\_  
(Home, Work, and Mobile / Casa, oficina y celular)

#### **PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES / CUARTA PARTE: VIGENCIA Y FIRMAS**

Estas voluntades anticipadas para la atención médica tendrán vigencia solo si no puedo tomar o comunicar mis propias decisiones médicas, o si decido no hacerlo.

Este formulario anula todas las voluntades anticipadas para la atención médica, poderes notariales duraderos para la atención médica, representantes para asuntos médicos o testamentos vitales que haya completado antes de esta fecha.

Salvo que haya colocado mis iniciales a continuación y haya proporcionado fechas o eventos alternativos futuros, estas voluntades anticipadas para la atención médica tendrán validez al momento de su firma y seguirán vigentes hasta mi muerte (y después de mi muerte en la medida que lo autorice la sección (5) de la PRIMERA PARTE).

\_\_\_\_\_ (Initials / Iniciales) This advance directive for health care will become effective on or upon / Estas voluntades anticipadas para la atención médica entrarán en vigor a partir de esta fecha o evento \_\_\_\_\_ and will terminate on or upon / y terminarán en esta fecha o evento \_\_\_\_\_.

[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 al menos 18 años, pero no necesitan estar juntos ni presentes con usted cuando firme este formulario.

Un testigo:

- No puede ser alguien elegido para ser su representante de atención médica o su representante suplente de atención médica en la PRIMERA PARTE;
- No puede ser alguien que sabe que va a heredar algo de usted o que va a obtener algún beneficio económico con su muerte; o
- No puede ser alguien que esté directamente involucrado en su atención médica.

Solo uno de los testigos puede ser un empleado, representante o miembro del personal médico del hospital, centro especializado de enfermería, centro de cuidados paliativos, u otro centro o lugar de servicios de atención médica donde se atienda (pero este testigo no puede estar directamente involucrado en su atención médica)].

**NOTA: si se firma este documento mientras es un paciente en Northside Hospital, Northside no permite que sus empleados sean testigos de voluntades anticipadas.**

Al firmar a continuación, declaro que tengo la capacidad emocional y mental para preparar estas voluntades anticipadas para la atención médica, y que entiendo su finalidad y su efecto.

\_\_\_\_\_  
**(Signature of Declarant)** / Firma del declarante

\_\_\_\_\_  
**(Date/Time)** / Fecha y hora

El declarante firmó este formulario en mi presencia o reconoció ante mí haberlo firmado. Según mi observación, el declarante se ve emocional y mentalmente capaz para preparar estas voluntades anticipadas para la atención médica, y firmó este formulario de manera voluntaria.

\_\_\_\_\_  
**(Signature of First Witness)** / Firma del primer testigo

\_\_\_\_\_  
**(Date/Time)** / Fecha y hora

**Print Name** / Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Address:** / Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Signature of Second Witness)** / Firma del segundo testigo

\_\_\_\_\_  
**(Date/Time)** / Fecha y hora

**Print Name** / Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Address:** / Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Interpreter's Signature** / Firma del intérprete

\_\_\_\_\_  
**(Date/Time)** / Fecha y hora

**Note: If phone/video interpretation used, record interpreter ID#**

**Nota:** si se utiliza interpretación por teléfono o video, indique el n.º de identificación del intérprete \_\_\_\_\_

**Interpreter comments (optional)** / Comentarios del intérprete (opcional): \_\_\_\_\_

**[This form does not need to be notarized. / No es necesario notarizar este formulario].**



# **NORTHSIDE HOSPITAL**

**SPANISH TRANSLATION:  
GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE**