

∞ Declaración para Tratamiento de Salud Mental ∞

Yo, _____, nacido/a el _____, como soy adulto/a y estoy en pleno uso de mis facultades, hago deliberadamente y por voluntad propia la presente declaración para tratamiento de salud mental. La misma debe seguirse si queda determinado por dos médicos o el tribunal que mi capacidad de recibir y evaluar eficazmente información o comunicar decisiones se ve perjudicada a tal grado que me falta la capacidad de rehusar o dar consentimiento al tratamiento de salud mental. "Tratamiento de salud mental" significa el tratamiento electroconvulsivo, tratamiento de enfermedad mental con medicamentos sicotrópicos e ingreso en una instalación de cuidado médico y retención en la misma durante un plazo de hasta 17 días.

Comprendo que puedo llegar a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental a causa de los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Dichos síntomas pueden incluir:

MEDICAMENTOS SICOTRÓPICOS

En caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mi voluntad con respecto a los medicamentos sicotrópicos es como sigue:

_____ Consiento en la administración de los siguientes medicamentos:

_____ No consiento en la administración de los siguientes medicamentos:

Condiciones o limitaciones: _____

TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO

En caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mi voluntad con respecto al tratamiento electroconvulsivo es como sigue:

_____ Consiento en la administración del tratamiento electroconvulsivo.

_____ No consiento en a la administración del tratamiento electroconvulsivo.

Condiciones o limitaciones: _____

INGRESO Y RETENCIÓN EN INSTALACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

En caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mi voluntad con respecto al ingreso y retención en una instalación de servicios médicos para tratamiento de salud mental es como sigue:

_____ Consiento en ser ingresado en una instalación de servicios médicos para tratamiento de salud mental.

_____ No consiento en ser ingresado en una instalación de servicios médicos para tratamiento de salud mental.

De acuerdo con la ley, la presente directiva no puede dar consentimiento para mi retención en una instalación durante más de 17 días.

Condiciones o limitaciones: _____

ELECCIÓN DE MÉDICO (opcional)

En caso de que llegue a ser necesario determinar si yo soy incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, escojo al Dr. _____ de _____ para que sea uno de los dos médicos que determinarán si soy incapaz. Si dicho médico no está disponible, la persona designada por dicho médico determinará si soy capaz.

REFERENCIAS O INSTRUCCIONES ADICIONALES

Condiciones o limitaciones: _____

APODERADO

Yo por la presente nombro a:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

para que actúe como mi apoderado a fin de tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud mental en caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para dicho tratamiento.

APODERADO (continuado)

Si la susodicha persona rehúsa o no puede actuar en mi nombre, o si yo revoco la autoridad de dicha persona de actuar como mi apoderado, autorizo a la siguiente persona para que actúe como mi apoderado:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

Mi apoderado tiene autorización para tomar decisiones que sean consecuentes con los deseos que he expresado en la presente declaración o, si no están detallados, los que mi apoderado conoce de otro modo. Si mis deseos no se han detallado, y mi apoderado no los conoce de otro modo, mi apoderado ha de actuar según lo que cree que sirve mi mejor interés.

(Firma de interesado/Fecha)

AFIRMACIÓN DE TESTIGOS

Nosotros afirmamos que conocemos personalmente al interesado, que el mismo firmó o reconoció la firma del interesado en la presente declaración para tratamiento de salud mental en nuestra presencia, que el interesado nos parece estar en su pleno juicio y que no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida, y que ninguno de nosotros es:

Una persona nombrada como apoderado en el presente documento;

El médico que atiende al interesado, su proveedor de servicios de salud mental ni un pariente del médico o proveedor;

El dueño, operador ni pariente de un dueño u operador de una instalación en la que el interesado es paciente o residente; ni

Una persona emparentada con el interesado por sangre, matrimonio o adopción.

Presenciado por:

(Firma de testigo/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

(Firma de testigo/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

ACEPTACIÓN DE NOMBRAMIENTO COMO APODERADO

Yo acepto el presente nombramiento y accedo a servir de apoderado para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental para el interesado. Comprendo que tengo el deber de actuar en consecuencia con la voluntad del interesado según se expresa en el presente nombramiento. Comprendo que este documento me concede autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental solamente cuando el interesado es incapaz según la determinación de un tribunal o dos médicos. Comprendo que el interesado puede revocar la presente declaración en su totalidad o en parte en cualquier momento y de cualquier manera cuando el interesado no es incapaz.

(Firma de apoderado/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

(Firma de apoderado/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

(continuado)

AVISO A LA PERSONA QUE HACE UNA DECLARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Este es un documento legal importante. Crea una declaración para el tratamiento de salud mental. Antes de firmar este documento, usted debe conocer la siguiente información importante:

Este documento le permite tomar decisiones de antemano sobre tres tipos de tratamiento de salud mental: medicamentos sicotrópicos, terapia electroconvulsiva e ingreso a corto plazo (de hasta 17 días) en una instalación de tratamiento. Las instrucciones que usted incluye en la presente declaración se seguirán solamente si en la opinión de dos médicos o el tribunal usted es incapaz de tomar decisiones sobre el tratamiento. De otro modo, se considerará que usted es capaz de dar o negar consentimiento para los tratamientos.

También se permite que usted nombre a una persona como su apoderado para que tome dichas decisiones de tratamiento en nombre de usted si llega a ser incapaz. La persona a quien usted nombra tiene el deber de actuar en consecuencia con su voluntad según se expresa en este documento o, si sus deseos no están detallados ni los conoce el apoderado de otro modo, tiene el deber de actuar en consecuencia con lo que él o ella cree de buena fe que sirve el mejor interés de usted. Para que el nombramiento sea vigente, la persona a quien usted nombra tiene que aceptar por escrito el nombramiento. La persona también tiene el derecho a retirarse en cualquier momento de actuar como su apoderado.

Este documento seguirá vigente durante un plazo de tres años a menos que usted llegue a ser incapaz de participar en decisiones sobre el tratamiento de salud mental. En caso de que esto ocurra, la directiva continuará vigente hasta que usted ya no sea incapaz.

Usted tiene el derecho a revocar este documento en su totalidad o en parte en cualquier momento en que un médico determina que es capaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental. Una revocación es vigente cuando sea comunicada en forma escrita al médico que lo/la atiende y es firmada por usted y un médico. La revocación puede expresarse en una forma parecida a la siguiente:

REVOCACIÓN

Yo, _____, revoco deliberadamente y por voluntad propia mi declaración para el tratamiento de salud mental según se indica:

Yo revoco mi declaración entera

Yo revoco la siguiente porción de mi declaración

Fecha _____ Firmado _____
(Firma de interesado)

Yo, Dr./Dra. _____, he evaluado al interesado y he determinado que él o ella es capaz de dar o negar el consentimiento informado para tratamiento de salud mental.

Fecha _____ Firmado _____
(Firma de interesado)

Si se halla algo en este documento que usted no entiende, debe pedir a un abogado que se lo explique. Esta declaración no será válida a menos que sea firmada por dos testigos calificados a quien usted conoce personalmente y quienes están presentes cuando usted firma o reconoce su firma.