

Declaración sobre Tratamiento de la Salud Mental

Yo, _____, una persona adulta en uso de sus plenas facultades mentales, declaro intencional y voluntariamente mi deseo de que se siga lo expresado en la presente declaración sobre tratamiento de la salud mental en caso de que 2 médicos o un tribunal determinen que mi capacidad de recibir y evaluar información con eficacia, o de comunicar mis decisiones, está afectada en grado tal como para verme privado de la capacidad de rechazar o aceptar tratamiento de la salud mental. El término "tratamiento de la salud mental" se refiere al tratamiento electroconvulsivo, al tratamiento de una enfermedad mental con medicamentos psicotrópicos, y a la admisión y permanencia en un establecimiento médico por un período de hasta 17 días.

Entiendo que tal vez me vea incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado a los fines de recibir tratamiento de la salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Dichos síntomas pueden incluir los siguientes:

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

En caso de quedar incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado a los fines de recibir tratamiento de la salud mental, mis deseos respecto a los medicamentos psicotrópicos son los siguientes:

_____ Doy mi consentimiento a que se me administren los siguientes medicamentos:

_____ No doy mi consentimiento a que se me administren los siguientes medicamentos:

Condiciones o limitaciones: _____

TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO

En caso de quedar incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado a los fines de recibir tratamiento de la salud mental, mis deseos respecto al tratamiento electroconvulsivo son los siguientes:

_____ Doy mi consentimiento a que se me administre tratamiento electroconvulsivo.

_____ No doy mi consentimiento a que se me administre tratamiento electroconvulsivo.

Condiciones o limitaciones: _____

ADMISIÓN Y PERMANENCIA EN ESTABLECIMIENTO MÉDICO

En caso de quedar incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado a los fines de recibir tratamiento de la salud mental, mis deseos respecto a la admisión y permanencia en un establecimiento médico para recibir un tratamiento de la salud mental son los siguientes:

_____ Doy mi consentimiento a que se me interne en un establecimiento médico para recibir tratamiento de la salud mental.

_____ No doy mi consentimiento a que se me interne en un establecimiento médico para recibir tratamiento de la salud mental.

De acuerdo con la ley, esta indicación no puede proveer consentimiento para que se me retenga en el establecimiento durante más de 17 días.

Condiciones o limitaciones: _____

ELECCIÓN DE PROFESIONAL MÉDICO (opcional)

En caso de que sea necesario determinar si estoy incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado a los fines de recibir un tratamiento de la salud mental, elijo al Dr. _____ de _____ para que sea uno de los 2 médicos que determinen si soy incapaz. En caso de que dicho médico no se encuentre disponible, la persona que él designe será quien determine si existe tal incapacidad.

REFERENCIAS O INSTRUCCIONES ADICIONALES

Condiciones o limitaciones: _____

APODERADO

Por la presente designo a:

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

para que se desempeñe como mi apoderado a los efectos de tomar decisiones respecto al tratamiento de la salud mental que yo reciba en caso de estar incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado en tal sentido.

APODERADO *(continuación)*

En caso de que la persona mencionada precedentemente se rehuse a actuar en mi nombre o no pueda hacerlo, o bien en caso de que yo revoque la autoridad de dicha persona para actuar como mi apoderado, autorizo a la siguiente persona a actuar en tal carácter:

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

Mi apoderado está autorizado a tomar decisiones que guarden coherencia con los deseos expresados en esta declaración o aquéllos que, sin haber sido expresados, sean conocidos por él. En caso de que mis deseos no estén expresados y no sean de conocimiento de mi apoderado, éste podrá actuar conforme a su criterio teniendo en cuenta mi beneficio.

(Firma del mandante/Fecha)

AFIRMACIÓN DE TESTIGOS

Por la presente afirmamos que el mandante es de nuestro conocimiento, que firmó o ratificó su firma en la presente declaración relativa a tratamiento de la salud mental en nuestra presencia, que el mandante se halla aparentemente en uso de sus plenas facultades mentales y no ha realizado este acto bajo coerción, fraude o influencia indebida, y que ninguno de nosotros es:

Una persona designada como apoderado mediante el presente documento;

El médico que atiende al mandante, o bien quien le proporciona servicio de la salud mental, o un familiar del médico o del proveedor.

El propietario, operador, o familiar de un propietario u operador de un establecimiento en el cual el mandante sea paciente o residente; o

Una persona relacionada con el mandante por consanguinidad, matrimonio o adopción.

Afirmado Por:

(Firma del testigo/Fecha)

(Nombre del testigo en letra de molde)

(Firma del testigo/Fecha)

(Nombre del testigo en letra de molde)

ACEPTACIÓN DE DESIGNACIÓN COMO APODERADO

Acepto esta designación y acuerdo desempeñarme como apoderado para tomar decisiones sobre tratamientos de la salud mental del mandante. Entiendo que tengo la obligación de actuar en coherencia con los deseos del mandante, según lo expresado en esta designación. Entiendo, asimismo, que este documento me otorga autoridad para tomar decisiones sobre tratamientos de la salud mental únicamente mientras el mandante se vea incapacitado según lo determinado por un tribunal o 2 médicos. Entiendo, además, que el mandante puede revocar esta decisión total o parcialmente, en cualquier momento y forma, mientras no se encuentre incapacitado.

(continuación)

ACEPTACIÓN DE DESIGNACIÓN COMO APODERADO *(continuación)*

(Firma del apoderado/Fecha)

(Nombre del testigo en letra de molde)

(Firma del apoderado/Fecha)

(Nombre del testigo en letra de molde)

NOTIFICACIÓN PARA LA PERSONA QUE REALICE UNA DECLARACIÓN RESPECTO A TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Éste es un documento legal importante. El mismo crea una declaración respecto al tratamiento de la salud mental. Antes de firmarlo, usted debe conocer la siguiente información de importancia:

Este documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre 3 tipos de tratamiento de la salud mental: medicamentos psicotrópicos, terapia electroconvulsiva y admisión a corto plazo (hasta 17 días) en un establecimiento médico. Las instrucciones que usted incluya en esta declaración se seguirán únicamente si 2 médicos o un tribunal consideran que usted es incapaz de tomar decisiones respecto a su tratamiento. En todos los demás casos, usted será considerado capaz de dar o abstenerse de dar su consentimiento a los tratamientos.

También puede designar a una persona como su apoderado para que tome estas decisiones de tratamiento en su nombre en caso de que usted esté incapacitado. La persona que usted designa tiene la obligación de actuar en coherencia con sus deseos, tal como se expresan en este documento o, si sus deseos no están indicados o no son conocidos por el apoderado, de actuar en coherencia con lo que esa persona considere, de buena fe, beneficioso para usted. Para que la designación sea válida, la persona que designe debe aceptar dicha designación por escrito. Asimismo, esta persona tiene el derecho a abstenerse de actuar como su apoderado en cualquier momento.

Este documento continuará en vigencia por un período de 3 años, a menos que usted quede incapacitado para adoptar decisiones respecto al tratamiento de la salud mental. Si esto sucede, la directiva continuará en efecto hasta que usted recupere su capacidad.

Usted tiene derecho a revocar este documento, total o parcialmente, en cualquier momento en que un médico determine su capacidad para dar o abstenerse de dar un consentimiento informado a los fines de recibir un tratamiento de la salud mental. La revocación adquiere vigencia al ser comunicada a su médico por escrito, y al ser firmada por éste y usted. La revocación puede adoptar un formato similar al siguiente:

(continuación)

REVOCACIÓN

Yo, _____, revoco intencional y voluntariamente mi declaración respecto al tratamiento de la salud mental, según lo indicado a continuación:

- Revoco mi declaración en su totalidad
- Revoco la siguiente parte de mi declaración

Fecha _____ Firma _____
(Firma del mandante)

Yo, el Dr. _____, he evaluado al mandante, y determino que tiene capacidad para dar o abstenerse de dar un consentimiento informado a los fines de recibir tratamiento de la salud mental.

Fecha _____ Firma _____
(Firma del médico)

Si en este documento hay algo que usted no comprende, le recomendamos que consulte a un abogado para obtener una explicación. Esta declaración no será válida a menos que sea firmada por 2 testigos calificados, que usted conozca personalmente y estén presentes cuando usted firme o ratifique su firma en esta declaración.

History
(Source: P.A. 89-439, § 75.)