

## Directiva Anticipada De Salud Mental

Si cree que puede ser hospitalizado para recibir atención de salud mental en el futuro y que su médico piensa que usted **no** puede tomar buenas decisiones sobre su tratamiento, usted debe de completar una directiva anticipada de salud mental ya que ésta garantizará que se conozcan sus opciones de tratamiento. Es importante que decida **AHORA** qué tipos de tratamiento desea o cuales **no** y que designe a un amigo o familiar para tomar las decisiones de atención de salud mental que desea llevar a cabo. Siempre puede cambiar sus preferencias o cambiar la persona encargada o sustituto.

Usted puede usar el siguiente formulario de directiva anticipada para manejar su cuidado en el futuro.

- Lea detenidamente cada sección del formulario y hable sobre sus elecciones con alguien de su confianza.
- La persona que elija para ser su sustituto y suplente de atención medica de salud mental debe ser un adulto competente cuyos derechos civiles no hayan sido revocados. La persona que elija **no debe ser** un profesional de la salud mental, ni un empleado de una institución que le presta servicios de salud a usted, ni un empleado del Departamento de Servicios para Niños y Familias, ni tampoco un miembro del Consejo de Defensa Local.
- Usted debe firmar el formulario en frente de dos testigos.
- Asegúrese de que su sustituto comprenda sus deseos y esté dispuesto a aceptar la responsabilidad que conlleva. Su sustituto o representante de atención de salud mental y el alterno si así lo desea, debe firmar este formulario ahora o más adelante para que demuestren que saben que han sido escogidos por usted para ser los encargados o sustitutos.
- Haga copias y entrégueselas a su sustituto, su administrador de casos, su médico, el hospital o la unidad de crisis en la que probablemente sea tratado, su familia y cualquier otra persona que pueda estar involucrada en su atención. Discuta sus elecciones con cada uno de ellos.
- El documento debe estar disponible rápidamente si lo necesita. Si viaja, asegúrese de llevar una copia con usted.

Su directiva anticipada no entrará en vigencia a menos que un médico decida que usted **no** es competente para tomar sus propias decisiones de tratamiento. Si se encuentra en un centro psiquiátrico, tendrá un abogado designado para representar sus intereses y una audiencia ante un juez o maestro de audiencias. Un sustituto de atención médica no está autorizado a consentir el tratamiento de una persona en estado voluntario.

---

Yo, \_\_\_\_\_, Estando en pleno uso de mis facultades mentales, sin ninguna coacción y voluntariamente, ejecuto esta directiva anticipada de salud mental, para asegurar que si se me encuentra incompetente para consentir mi propio tratamiento de salud mental, mis elecciones con respecto a mi tratamiento se lleven a cabo y sean respetadas a pesar de mi incapacidad para tomar estas decisiones por mí mismo.

Si un tribunal designara a un guardián, defensor tutor u otra persona responsable para tomar decisiones por mí, con respecto a mi atención médica de salud mental, tengo la intención de que este documento tenga prioridad sobre todos los demás medios que determinan mi decisión tomada mientras yo estaba competente. Este documento representa mis deseos y se le debe dar el mayor peso y respeto legal posible. Si los sustitutos mencionados en esta directiva no están disponibles, mis deseos serán vinculantes para quien sea designado para tomar tales decisiones.

Si me vuelvo incompetente para tomar decisiones sobre mi propio tratamiento de salud mental, he autorizado a un sustituto de atención de salud mental para que tome ciertas decisiones de tratamiento por mí. Mi

sustituto también está autorizado a solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de mi atención médica, divulgar información a las personas apropiadas y autorizar mi transferencia desde un centro de atención médica.

Mi sustituto de atención de salud mental es:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

Si la persona mencionada anteriormente no puede o no está disponible para servir como mi sustituto de atención de salud mental, por la presente designo y solicito notificación inmediata de mi sustituto alternativo de atención de salud mental de la siguiente manera:

Nombre del suplente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

Complete lo siguiente o marque en el espacio que dice sí o no:

A. Si me vuelvo incompetente para dar mi consentimiento para un tratamiento de salud mental, le doy a mi sustituto poder completo y autoridad para tomar decisiones de cuidado de salud mental por mí. Esto incluye el derecho a consentir, rechazar el consentimiento o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento de salud mental que sea coherente con las instrucciones y / o limitaciones que he establecido en esta directiva anticipada. Si no he expresado una elección en esta directiva anticipada, autorizo a mi sustituto a tomar la decisión que él determine que yo tomaría si yo fuera competente para hacerlo. \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

B. Mis opciones de instalaciones de tratamiento son las siguientes:

1. En caso de que mi afección psiquiátrica sea lo suficientemente grave como para requerir atención las 24 horas, preferiría recibir esta atención en este centro de atención:

Centro de Atención: \_\_\_\_\_ Centro de Atención: \_\_\_\_\_

2. **No deseo** ser internado en este Centro de Atención Psiquiátrica (opcional):

Centro de Atención: \_\_\_\_\_ Centro de Atención: \_\_\_\_\_

C. Mi elección de un médico tratante es:

Primera elección del médico: \_\_\_\_\_ Segunda elección del médico: \_\_\_\_\_

**No deseo** que me traten los siguientes médicos: (opcional)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

D. Mis deseos sobre la confidencialidad de mi admisión a un centro y mi tratamiento mientras exista son las siguientes:

1. Mi representante puede ser notificado de mi admisión involuntaria \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

2. A cualquier persona que busque contactarme mientras estoy en una instalación se le puede decir que estoy allí \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

3. Doy mi consentimiento para divulgar información sobre mi condición y plan de tratamiento a las personas que aparecen a continuación: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Si soy incapaz de dar mi consentimiento, quiero que el personal notifique de inmediato que he sido admitido en un centro psiquiátrico a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

5. Si no soy competente para consentir mi propio tratamiento o rechazar medicamentos relacionados con mi tratamiento de salud mental, he marcado lo siguientes, que representa mis deseos: \_\_\_\_\_ Acepto los medicamentos que recomienda el Dr. \_\_\_\_\_.
6. \_\_\_\_\_ Acepto los medicamentos acordados por mi sustituto de atención de salud mental después de consultar con mi médico tratante y cualquier otra persona que mi sustituto considere apropiado, con las excepciones que se encuentran en el # 3 a continuación.
7. \_\_\_\_\_ Yo específicamente no doy mi consentimiento y no autorizo a mi sustituto de atención de salud mental a dar su consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos o su respectiva marca, nombre comercial o equivalentes genéricos: (indique el nombre del medicamento y el motivo del rechazo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ Estoy dispuesto a tomar los medicamentos excluidos en el punto 3 anterior si mi única razón para excluirlos son sus efectos secundarios y la dosis puede ajustarse para eliminar esos efectos secundarios.

E. Tengo estas otras preferencias sobre medicamentos psiquiátricos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F. La ley de Florida prohíbe que un sustituto de atención de salud mental autorice tratamientos experimentales que no hayan sido aprobados por una junta de revisión institucional aprobada por el gobierno federal sin mi consentimiento previo por escrito o la aprobación expresa de la corte.

1. \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para mi participación en estudios experimentales de drogas o estudios/ensayos de drogas
2. \_\_\_\_\_ No deseo participar en estudios de drogas experimentales o estudios/ensayos de drogas

G. Mis deseos con respecto a la terapia electro convulsiva (TEC) son los siguientes:

1. \_\_\_\_\_ Mi sustituto no puede consentir a ECT sin la aprobación expresa de la corte.
2. \_\_\_\_\_ Autorizo a mi sustituto a dar su consentimiento para la TEC, pero solo (uno de los siguientes):
  - a. \_\_\_\_\_ con el número de tratamientos que el psiquiatra tratante considera apropiado; O
  - b. \_\_\_\_\_ con la cantidad de tratamientos que el Dr. \_\_\_\_\_ considera apropiados; O
  - c. \_\_\_\_\_ para no más de la siguiente cantidad de tratamientos de TEC: \_\_\_\_\_.

Otras instrucciones y deseos con respecto a la TEC son los siguientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H. Yo \_\_\_\_\_ tengo / \_\_\_\_\_ no he adjuntado un formulario de preferencia de seguridad personal, anteriormente conocido como formulario de preferencia de reducción de escala, con respecto a mis preferencias a esta directiva anticipada.

I. Otras instrucciones que deseo hacer sobre mi atención de salud mental son (use páginas adicionales si es necesario):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Verifique aquí ( ) si se usan otras páginas

**Firma**

Al firmar aquí, indico que entiendo completamente que esta directiva anticipada permitirá que mi sustituto de atención de salud mental tome decisiones y brinde, retenga o retire el consentimiento para mi tratamiento de salud mental.

Nombre (letra de Imprenta) (declarante): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**Testigos**

Esta directiva anticipada fue firmada por \_\_\_\_\_ en nuestra presencia. A pedido suyo, hemos firmado nuestros nombres a continuación como testigos. Declaramos que, en el momento en que se firmó esta directiva anticipada, el Declarante, de acuerdo con nuestro mejor conocimiento y creencia, tenía todas sus facultades mentales, no tenía ninguna coacción o restricciones ni influencia indebida. Además, declaramos que ambos somos adultos, **no** estamos designados en esta directiva anticipada como sustitutos de la atención de la salud mental, y al menos uno de nosotros **no** es el cónyuge ni un familiar de la persona.

Fechado en \_\_\_\_\_ Este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
(Condado y Estado) (Día) (Mes) (Año)

**Testigo 1:**

**Testigo 2:**

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Domicilio del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Domicilio del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal del testigo 2

**Reconocimiento del sustituto / sustituto de atención médica**

Yo, \_\_\_\_\_, sustituto de atención de salud mental designado por \_\_\_\_\_, por la presente acepto la designación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del sustituto de atención de salud mental) (Fecha) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, sustituto alternativo de atención de salud mental designado por \_\_\_\_\_, acepto la designación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del sustituto alternativo de atención de salud mental) (Fecha) \_\_\_\_\_