



# *Instrucciones y Formularios*

## Directivas de Avance de Salud Mental

PARA PENNSYLVANIAS

### DIRECTIVAS DE AVANCE DE SALUD MENTAL

Yo, \_\_\_\_\_  
he ejecutado una Directiva de Avance que especifica mis  
decisiones sobre mi cuidado de salud mental.

Mi Agente de cuidado de salud mental es  
\_\_\_\_\_

Si soy hospitalizado, mi agente debería ser contactado  
inmediatamente. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.



# Tabla de Contenidos

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>p. 3</b>
<b>II.</b>	<b>PREGUNTAS MÁS FRECUENTES.....</b>	<b>p. 4</b>
<b>III.</b>	<b>SALUD MENTAL COMBINADA DECLARACIÓN / PODER NOTARIAL (PROCURACIÓN).....</b>	<b>p. 7</b>
	☞ Instrucciones	
<b>IV.</b>	<b>DECLARACIÓN DE SALUD MENTAL.....</b>	<b>p. 13</b>
	☞ Instrucciones	
<b>V.</b>	<b>PODER NOTARIAL (PROCURACIÓN) DE SALUD MENTAL.....</b>	<b>p. 19</b>
	☞ Instrucciones	
<b>VI.</b>	<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>p. 24</b>
<b>VII.</b>	<b>FORMULARIOS.....</b>	<b>p. 25</b>
	☞ Combinado (p. 27)	
	☞ Declaración (p. 35)	
	☞ Poder Notarial (p. 41)+	

# I. INTRODUCCIÓN

El 3 de Noviembre del 2004, El Gobernador Rendell firmo un Acto en la Asamblea Legislativa 2036 en ley convirtiéndolo el Acto 194 del 2004. Al permitirle a usted crear una Directiva de Avance de Salud Mental - la cual puede incluir una Declaración y/o un Poder Notarial (Procuración) de Salud Mental - Esta nueva ley promueve la planificación de antemano para los servicios y apoyos de salud mental que usted podría recibir durante una crisis si usted no puede hacer esas decisiones.

El Acto 194 entro en vigencia el 29 de Enero del 2005. El paso de esta legislación es en gran parte el resultado de la colaboración entre organizaciones de defensa, gobiernos de los condados, asociaciones profesionales y el gobierno estatal. Pennsylvania se enorgullece en afiliarse a la tendencia nacional de promover el uso de este instrumento como una póliza de salud mental.

Es importante entender como hacer que esta nueva ley trabaje para usted - incluyendo el como crear una Directiva de Avance y/o asignar un agente para su Poder Notarial (Procuración) de Salud Mental.

Este panfleto ha sido desarrollado para asistirle a usted. Este incluye formularios e instrucciones que usted puede usar para crear su Directiva de Avance y respuestas a preguntas frecuentes. Si usted tiene preguntas adicionales o necesita asistencia para completar el formulario, contacte cualquiera de las organizaciones siguientes:

- ☞ La Asociación de Consumidores de Salud Mental de Pennsylvania  
1-800-88PMHCA  
pmhca@pmhca.org
  
- ☞ Red para los Derechos de personas con impedimentos en Pennsylvania  
1-800-692-7443  
717-236-8110  
1-877-375-7139 (TDD/TTY)
  
- ☞ Asociación de Salud mental en Pennsylvania  
1-866-578-3659  
717-346-0549  
info@mhapa.org

## II. PREGUNTAS

### ¿Qué es una Directiva de Avance de Salud Mental?

Una Directiva de Avance de Salud Mental es un documento que le permite a usted dar a conocer sus opciones sobre el tratamiento de salud mental a recibir en caso de que su enfermedad mental le incapacite para tomar decisiones. De hecho, usted toma las decisiones sobre el tratamiento antes del momento en que usted lo necesite. Esto le permite a usted tomar decisiones más documentadas para que se conozcan claramente sus deseos. Una nueva ley se aprobó en Pennsylvania, en vigencia a partir del 29 de enero de 2005, que hace posible que usted opte por una Directiva de Avance de Salud Mental.

Es posible que muchas decisiones deban ser tomadas por usted si se le presenta una crisis de salud mental o se da el caso de que se haya comprometido involuntariamente con una serie de decisiones y llegado el momento, es incapaz de tomar decisiones sobre su propio tratamiento. Por ejemplo, elegir el hospital, los tipos del tratamiento, y a quién se le deben de notificar las decisiones tomadas por usted.

Lamentablemente, en el momento de la crisis, usted se encontrará incapacitado para hacer conocer sus deseos, y por lo tanto otras personas podrían tomar las decisiones que usted no elegiría. Un modo de asegurarse de que su doctor, parientes, y amigos entienden sus sentimientos es preparar una Directiva de Avance de Salud Mental antes de que usted se sienta incapacitado para tomar decisiones. La ley aprobada en Pennsylvania permite que usted tenga una Directiva de Salud Mental como una declaración, un poder notarial (procuración), o una combinación de ambos.

### ¿Qué es una Declaración?

Una Declaración contiene instrucciones a doctores, hospitales, y a otros proveedores de cuidados de salud mental sobre su tratamiento en caso de que usted esté incapacitado para tomar decisiones o para comunicar sus deseos. Una Declaración por lo general trata con situaciones específicas y no permite mucha flexibilidad en los cambios que sucedan después de la redacción del documento, tales como un nuevo tipo de crisis médica, otra medicación, o diferentes opciones de tratamiento.

### ¿Qué es un Poder Notarial (Procuración) de Salud Mental?

Un Poder Notarial de Salud Mental permite que usted designe a otra persona además de usted, a modo de agente, que tome las decisiones en cuanto a su tratamiento en el caso de una crisis de salud mental. Un Poder Notarial de Salud Mental proporciona flexibilidad a la hora de tratar con una situación en cuanto se presenta en lugar de intentar anticipar de antemano cualquier tipo de situación posible. Al utilizar un Poder Notarial de Salud Mental es muy importante elegir a alguien de confianza para que sea su agente y pasar el tiempo necesario con esa persona para expresarle sus sentimientos sobre las diferentes opciones de tratamiento. Su doctor o su empleado/a, o un propietario, operador, o empleado de un complejo residencial donde usted vive no podrían servir como su agente.

### ¿Qué es una Declaración de Salud Mental Combinada con un Poder Notarial?

La ley de Pennsylvania también permite que usted tenga una Declaración de Salud Mental en combinación con un Poder Notarial. Esto no sólo le permite a usted tomar decisiones sobre algunas cosas, sino que también le posibilita para dar un poder a su agente para tomar otras decisiones por usted. Usted elige las decisiones que quiere que su agente tome por usted, ya sean muchas o pocas. Esto hace su Directiva de Avance de Salud Mental sea más flexible en relación con futuras situaciones, como nuevas opciones de tratamiento, sobre las cuales usted no tendría ningún modo de saber de antemano.

Su agente debería ser alguien en quien usted confía, y usted debería estar seguro de que su agente conoce su parecer sobre las diferentes opciones de tratamiento de modo que él pueda tomar las decisiones más próximas a las que tomaría usted.

### ¿Qué hace que una Directiva de Avance de Cuidado de Salud Mental sea válida?

No hay una forma específica en que deba ser usada, pero su Directiva de Avance de Salud Mental debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Usted debe tener al menos 18 años.
2. Usted no debe haber sido declarado incapacitado

por un tribunal ni tener designado un tutor o estar actualmente bajo un compromiso involuntario.

3. La Directiva de Avance de Salud Mental debe ser firmada, atestiguada y fechada. Los testigos deben tener al menos 18 años. Si usted no puede firmar físicamente el documento, otra persona puede firmarlo por usted, aunque esa persona no sea testigo.

4. La Directiva de Avance de Salud Mental debe incluir sus propias opciones sobre el comienzo, la continuación, o el rechazo del tratamiento de salud mental. La Directiva de Avance de Salud Mental también contiene otras opciones como la elección de su agente o tutor, la persona que usted quiere que atienda a sus niños o animales domésticos, la persona que usted quiere que sea notificada sobre su condición, y/o sus opciones alimenticias o religiosas.

5. Si su Directiva de Avance de Salud Mental es un Poder Notarial, entonces usted debe designar a la persona que usted quiere que sea su agente y decir que usted la autoriza para tomar aquellas decisiones que usted decida. Su doctor o su empleado, o un propietario, operador, o empleado de un complejo residencial donde usted vive no pueden servir como agente.

La Directiva de Avance de Salud Mental es válida durante dos años desde la fecha de la firma a menos que:

- a. Usted revoque la Directiva de Avance de Salud Mental por completo, o
- b. Usted decida adquirir una nueva Directiva de Avance de Salud Mental.

Si usted está incapacitado para tomar decisiones sobre su tratamiento al finalizar la Directiva de Avance de Salud Mental, la Directiva de Avance permanece en vigor hasta que usted sea capaz de tomar las decisiones de su tratamiento.

### ¿Qué es Capacidad?

La capacidad es la habilidad básica de entender tanto su diagnóstico como los riesgos, ventajas y tratamientos alternativos en su cuidado de salud mental. Esto también incluye la capacidad de entender lo que puede pasar si usted no recibe el tratamiento.

### ¿Tengo que incluir la prueba de mi capacidad en el documento?

No, a menos que usted tenga a un tutor o esté actualmente bajo un compromiso involuntario, se supone que usted tiene la capacidad cuando usted decide adquirir

una Directiva de Avance de Salud Mental. Si usted quiere estar seguro de que con posterioridad nadie pueda cuestionar su Directiva de Avance de Salud Mental, usted puede incluir una carta de su doctor fechada en el mismo período de tiempo en que usted adquirió su directiva en la que declara que usted tenía la capacidad en ese momento.

### ¿Cuándo entra en vigor mi Directiva de Salud Mental?

Usted puede adquirir su Directiva de Avance de Salud Mental cuando usted quiera que la directiva entre en vigor, por ejemplo, cuando suceda un compromiso involuntario, o cuando un psiquiatra u otro profesional en el tratamiento de la salud mental declaren que usted ya no tiene la capacidad para tomar decisiones de tratamiento de salud mental.

### ¿Quién determinará que no tengo la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental?

En su Directiva de Avance de Salud Mental, la incapacidad será determinada después de que usted es examinado por un psiquiatra y uno de los siguientes: otro psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente médico, o profesional en el tratamiento de la salud mental. Siempre que sea posible, uno de los que tomen las decisiones será uno de sus profesionales que le trata en la actualidad.

### ¿Qué ocurre si un tribunal designa a un tutor después de que yo haya designado a un agente para tomar decisiones por mí en el cuidado de la salud mental?

En su Directiva de Avance usted puede designar a alguien que usted quiera que el tribunal elija como su tutor. El tribunal designará a la persona que usted elige, a menos que haya una razón justificada. En muchos casos su agente y la persona que usted elija ser su tutor, será la misma persona.

Sin embargo, usted puede elegir una persona que tome las decisiones por usted en el cuidado de la salud mental, y otra que tome otras decisiones también por usted. Si el tutor designado por el tribunal y su agente son personas diferentes, el tribunal permitirá que su agente tome las decisiones en el cuidado de su salud mental, a menos que usted diga lo contrario en su Directiva de Avance de Salud Mental. Si el tribunal decide conceder al tutor la autoridad que usted dio a un agente, el tutor todavía tendría que tomar decisiones como así está escrito en su Directiva de Avance.

## ¿Puedo hacer cambios en mi Directiva de De Avance de Salud Mental?

Usted puede cambiar su Directiva de Avance de Salud Mental por escrito en cualquier momento, mientras usted tenga la capacidad. Si usted hace cambios significativos, usted debería hacer un nuevo documento de modo que no haya ningún problema o malentendido. Recuerde que tanto los cambios como una nueva directiva deben ser atestiguados por dos individuos, mayores de 18 años de edad, y usted debe facilitar copias de esta nueva directiva a su proveedor, agente y a otras personas.

## ¿Puedo revocar mi Directiva de Avance de Salud Mental?

Usted puede revocar, o en otras palabras, anular, una parte o la Directiva de Avance de Salud Mental entera en cualquier momento, mientras usted tenga la capacidad. Esto puede hacerse oralmente o por escrito. Entra en vigor tan pronto como usted se lo indique a su proveedor. Su Directiva de Avance se terminará automáticamente a los dos años de la fecha en que usted firmó a menos que no tenga la capacidad para tomar decisiones sobre cuidado de salud mental en ese momento. Si usted no tiene la capacidad entonces esto se cancelará, la Directiva de Avance de Salud Mental quedará vigente hasta que usted recobre la capacidad.

## ¿Qué tipo de instrucciones debería incluir?

La Directiva de Avance de Salud Mental es un modo de comunicar más información a su proveedor. Usted puede incluir su opinión sobre las diferentes opciones de tratamiento, como medicación, terapia de electrochoque y manejo de la crisis. Además, puede indicar la persona a la que usted desea que se avise en caso de una crisis, o escribir su elección alimenticia, historia de tratamientos anteriores, a quien quiere usted dejar el cuidado de sus niños o animales domésticos y otra información de la que usted quiera que estén al corriente mientras usted logra un tratamiento.

## ¿A quién debería yo dar mi Directiva de Avance de Salud Mental?

La única manera por la que su proveedor sabrá cuáles son sus opciones es mediante su Directiva de Avance de Salud Mental. Usted también debería facilitar copias a su médico de familia, a su agente y a algunos miembros de su familia o a otras personas a las que se les notificaría cualquier de crisis. Mantenga el original en un lugar seguro para que cuando ocurra una crisis pueda ser local-

izado y proporcionado al médico que le atiende. Si usted así lo desea, puede llevar una tarjeta en su cartera indicando que usted tiene una Directiva de Salud Mental, y a quien deberían llamar en caso de que usted carezca de la capacidad para tomar decisiones en el cuidado de la salud mental. Incluya los números de teléfono de esta persona y también nombre a otra persona por si la primera no está disponible. Recuerde que si usted hace cambios o crea una nueva Directiva de Salud Mental usted debe asegurarse de que cada una de estas personas tengan copias de la versión más reciente.

## ¿Tienen que seguir mis instrucciones los proveedores de asistencia médica?

Sí, a menos que un proveedor no pueda en buena conciencia cumplir con sus instrucciones porque ellos están en contra de la práctica clínica o médica establecida, o porque las políticas del proveedor como por ejemplo lo cubierto por el seguro, no permiten la conformidad, o porque el tratamiento no está físicamente disponible. Si el proveedor no accede por ninguno de estos motivos, el proveedor debe expresárselo a usted o su agente cuanto antes. Es de gran ayuda hablar de sus decisiones con su proveedor cuando usted adquiere su Directiva de Cuidado de Salud Mental, de modo que usted sepa si ellos accederán a seguir sus instrucciones.

Recuerde que aun si usted consiente de antemano a una medicación particular o tratamiento, su doctor no le pondrá el tratamiento o le recetará ningún medicamento a menos que sean apropiados cuando usted esté enfermo. Su consentimiento es aceptable sólo si sus opciones están dentro de los estándares de asistencia médica. Su doctor también tendrá que considerar que cierta opción en el tratamiento particular es cubierta por su seguro. Si, por ejemplo, el HMO que usted tiene no cubre cierta medicina en su formulario, su doctor puede recetarle una medicina que sea similar, pero que esté en el formulario HMO, mientras usted no haya denegado el consentimiento hacia aquella medicina en particular.

## ¿Cómo afecta el compromiso involuntario a la Directiva de Avance de Salud Mental?

El compromiso voluntario e involuntario del Acto de Procedimientos de la Salud Mental no se ve afectado al tener una Directiva de Avance en el Cuidado de la Salud Mental. Lo que se puede ver afectado es cómo usted va a ser tratado después de que usted se haya comprometido.

**COMBINADO**

Declaración de Salud Mental  
y Poder Notarial (Procuración)

## III. COMBINADO

La ley de Pennsylvania permite que usted haga una Declaración de Salud Mental combinada con un Poder Notarial. Éste autoriza al agente a tomar otras decisiones por usted. Usted elige las decisiones que quiere que su agente tome por usted, tantas como desee. Esto hace que su Directiva de Avance Mental sea más flexible en relación con futuras situaciones, como nuevas opciones de tratamiento, de las cuales usted no tendría ningún medio para conocer ahora.

Se supone que usted es capaz de adquirir una Directiva de Avance a menos que usted haya sido arbitrado, incapacitado, involuntariamente comprometido, o considerado incapaz de tomar decisiones de salud mental después del examen efectuado tanto por un psiquiatra como por otro doctor o profesional de la salud mental.

### Instrucciones Básicas

*Lo siguiente corresponde al formulario en la página 27.*

Lea cada sección con mucho cuidado. Comience escribiendo su nombre en mayúsculas en el espacio en blanco en el primer párrafo al principio de la página.

### Parte I: Introducción

#### A. ¿Cuándo entra en vigor esta Declaración?

Usted decide cuándo quiere que la Declaración entre en vigor. Usted puede especificar una condición, como por ejemplo, si usted está involuntariamente comprometido para el cuidado como paciente externo u hospitalizado, u otro comportamiento o acontecimiento para el que usted sabe que ya no tiene la capacidad de tomar decisiones de salud mental, o también puede especificar que usted quiere una evaluación para la incapacidad.

Si usted no elige una condición, su incapacidad será determinada después del examen de un psiquiatra además de uno de los siguientes: otro psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente médico, u otro profesional en el tratamiento de la salud mental. Si usted dispone de doctores que usted prefiere que hagan la evaluación, usted debe especificarlos en su Declaración. Aunque alguno de esos doctores no esté disponible, se hará el esfuerzo para al menos ponerse en contacto con ellos.

Hasta que no se le descubra su condición, o a usted no se le encuentre incapaz de tomar decisiones sobre salud mental, usted tomará las decisiones por usted mismo.

### B. Revocaciones y Enmiendas

Una revocación significa que usted anula su Directiva. Si usted revoca su Directiva, su doctor no tiene que seguir las instrucciones que usted dio en el documento. Usted puede cambiar o revocar su Directiva en cualquier momento, mientras usted tenga la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental al hacer el cambio o la revocación. Usted puede revocar una instrucción específica sin revocar el documento entero.

Si usted está actualmente bajo un compromiso involuntario y usted quiere cambiar o revocar su Declaración, usted tendrá que solicitar una evaluación que determine si usted es capaz de tomar decisiones de salud mental. La evaluación será hecha por un psiquiatra además de otro profesional de la salud mental. Si usted tiene la capacidad de tomar decisiones sobre salud mental, usted podrá revocar o cambiar su Declaración, aunque usted esté en el hospital.

Usted puede revocar su Directiva de Avance de Salud Mental de forma oral o por escrito. Su Directiva de Avance se terminará tan pronto como usted comunique su revocación al doctor que le trata. Es lo mejor hacer cualquier cambio o revocación por escrito, ya que de este modo hay un registro claro de sus deseos.

Si usted adquiere una nueva Directiva de Avance de Salud Mental, usted debería asegurarse de notificárselo a su doctor y al personal de apoyo. Su Directiva expirará automáticamente a los dos años desde la fecha en que usted la adquirió, a menos que usted se crea incapaz de tomar decisiones sobre salud mental por usted mismo en el momento en que ésta expiraría. En este caso, la Directiva permanecerá en vigor hasta que usted sea capaz de tomar decisiones por usted.

Enmendar su Directiva significa hacer cambios en ella por su voluntad. Usted puede hacer cambios en cualquier momento, mientras usted tenga la capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Cualquier cambio debe ser hecho por escrito así como firmado y atestiguado por dos individuos del mismo modo que el documento original. Cualquier cambio será vigente tan pronto como los cambios sean comunicados por usted o por un testigo a sus enmiendas, al médico que le trata o a otro proveedor del cuidado de la salud mental.

## C. Terminación

Su Directiva de Avance expirará automáticamente a los dos años desde la fecha de la ejecución, a menos que usted haya sido encontrado incapaz de tomar decisiones sobre cuidado de salud mental en el momento en que la directiva expira. En este caso la Declaración seguirá estando vigente hasta que usted recobre la capacidad.

## Parte II: Declaración de Salud Mental

### A. Preferencias de tratamiento

Su Directiva de Avance será cuestionada con menor probabilidad si incluye la información sobre lo que usted realmente quiere, así como lo que no quiere.

Recuerde que consentir de antemano cierta medicación o tratamiento no significa que su doctor recete la medicina o ponga el tratamiento a menos que sea el tratamiento apropiado cuando usted esté enfermo.

Consentir sólo significa que usted consiente si se trata de una opción conveniente dentro de los estándares de la asistencia médica. Su doctor también tendrá que considerar si la opción de tratamiento elegida es cubierta por su seguro. Si, por ejemplo, el HMO que usted tiene no cubre cierta medicación en su formulario, su doctor puede recetar una medicina que sea similar, y que esté en el formulario HMO mientras usted no haya denegado el consentimiento a esa medicina en particular.

Asegúrese de marcar sus preferencias en cada sección con sus iniciales. Aunque usted no tuviera que explicar sus opciones, es una ventaja incluir la declaración que explica por qué usted quiere o no quiere un tratamiento específico. Si cualquiera de sus opciones es cuestionada, usted tendrá una mejor posibilidad de mantener su opción si un tribunal entiende cuáles son los motivos de su opción. Si usted no tiene ninguna preferencia en una determinada sección, usted puede dejarla en blanco.

### 1. Opción en la Ubicación del Tratamiento

Si usted tiene alguna preferencia, o ninguna, por un hospital en particular, señálela en una lista. Lamentablemente, hay momentos en que un lugar particular ya está lleno y no es posible acomodarlo, o el doctor que le trata no trabaja en el hospital que usted prefiere. Por lo tanto, aunque su doctor trate de respetar su opción, no siempre puede ser posible.

## 2. Medicación

Si usted da instrucciones sobre su medicación, asegúrese de explicar los motivos de su decisión. Si, por ejemplo, usted experimentara unos efectos secundarios inaceptables a causa de un medicamento sin marca particular, usted debe especificarlo de ese modo para que el doctor que lo trata entienda su preocupación. De este modo, su doctor no le recetará nada que le pueda ocasionar problemas similares. Igualmente, si usted sabe que una medicación específica le ha funcionado para usted en el pasado, debería asegurarse de incluir esta información. Si una versión "time-released" le funciona, pero la marca regular no, asegúrese de proveer esta información. Cuanto más esté su doctor al tanto de usted, más rápido y de manera más apropiada usted podría conseguir el tratamiento.

Tenga cuidado con lo que usted especifica. Los diferentes medicamentos vienen en marcas y en nombres genéricos, y también pertenecen a clases más amplias de medicinas, tales como "antipsicóticos atípicos" o "SSRIs". Si usted excluye una clase entera de medicinas, debe ser consciente de que una medicina nueva y beneficiosa puede llegar al mercado y excluirse automáticamente, aunque usted realmente no sepa nada sobre esto.

Usted puede decidir que su agente tome las decisiones relacionadas con el uso de los medicamentos. Si usted elige esta opción, esté seguro de hablar de sus preocupaciones y experiencias previas con su agente.

Usted puede decidir no consentir en el uso de cualquier medicación. Sólo sea consciente de que usted también podría estar excluyendo nuevas medicaciones que podrían ser beneficiosas en su tratamiento. Su Directiva de Avance también puede ser cuestionada si su doctor cree que usted puede ser irreparablemente perjudicado por esta opción.

### 3. Preferencias relacionadas con terapia de electrochoque ("ECT")

En algunos casos, un doctor considera que "ECT" es una forma eficaz de tratamiento. Si usted ha encontrado "ECT" útil en el pasado, o confía en su doctor a la hora de tomar esta decisión de su parte, puede decidir y consentir este tratamiento de antemano.

Usted puede decidir y dejar a su agente tomar decisiones relacionadas con "ECT". Si usted elige esta opción, asegúrese de hablar de su preocupación y experiencia previa con "ECT" con su agente.

Si usted no desea someterse a ECT por cualquier circunstancia, usted debería firmar con las iniciales la línea al lado de “no consiento en la administración de terapia de electrochoque.” NOTE: A su agente no le es permitido consentir al uso de ECT a menos que usted inicie esta autorización.

#### 4. Preferencias para estudios experimentales

Puede surgir la oportunidad de que usted participe en estudios experimentales relacionados con el tratamiento de su enfermedad. A veces estos estudios proporcionan más datos muy útiles para que los doctores determinen la causa y una mejor práctica a la hora de tratar una enfermedad. A veces los estudios están basados en la idea de que un nuevo tratamiento podría ser de gran ayuda. Si usted participa en un estudio, puede tener acceso a un nuevo tratamiento antes de lo que tendría por otra parte. Sin embargo, puede haber algún nivel de riesgo implicado. Si usted quiere participar en un estudio porque su doctor cree que las ventajas potenciales para usted son más importantes que los riesgos potenciales, debería firmar con las iniciales la primera opción.

Usted puede dejar que su agente tome las decisiones relacionadas con su participación en estudios experimentales. Es importante que su agente entienda la clase de estudios a los cuales usted se opondría. Por ejemplo, usted puede desear participar sólo si el estudio no incluye ninguna medicación ni ningún procedimiento invasivo.

Si usted no quiere participar en ningún estudio experimental, bajo ninguna circunstancia, debe firmar con las iniciales la opción que declara que usted no consiente. NOTE: A su agente NO se le permite consentir en estudios experimentales a menos que usted firme con las iniciales esta autorización.

#### 5. Preferencias en cuanto a los procesos de prueba de medicinas

Del mismo modo, usted puede tener la oportunidad de participar en una prueba relacionada con nuevas medicinas. Si usted participa, puede tener acceso a una nueva medicina antes de lo que sucedería en condiciones normales.

Sin embargo, puede haber riesgos o efectos secundarios. Si usted quiere participar en una prueba de nuevas medicinas y si su doctor cree que las ventajas son mayores que los riesgos, debe firmar con las iniciales la primera opción.

Usted puede decidir que su agente tome las decisiones relacionadas con su participación en las pruebas de nuevas medicinas. Es importante que su agente entienda todos los riesgos que usted no estaría dispuesto a tomar de ningún modo para que él/ella pueda tomar la decisión que usted tomaría con la misma información.

Si usted no quiere participar en una prueba de nuevas medicinas, bajo ninguna circunstancia, debe firmar con las iniciales la opción que declara que usted no consiente. NOTE: A su agente no se le permite consentir para investigar incluso pruebas de medicina a menos que usted firme con las iniciales esta autorización.

#### 6. Instrucciones adicionales o información

Una de las ventajas significativas de rellenar una Directiva de Avance es que usted comunica una información muy importante a su proveedor de cuidado de la salud mental, a su agente y a otros que le apoyan a usted. Esta parte del formulario permite que usted proporcione la información que esté o no directamente relacionada con su tratamiento de salud mental. Si hay otra información que le gustaría que tanto su proveedor de cuidado de salud mental como su agente necesiten saber, debe incluirlo aquí.

Usted puede añadir una página adicional al formulario si no hay espacio para escribir todo lo que usted necesita. Sólo esté seguro de imprimir o escribir a máquina sus declaraciones, y trate de hacerlo tan claro como le sea posible para minimizar la confusión sobre lo que usted quiere que suceda. Una vez más, si usted no tiene ninguna preferencia en lo que aparece en una lista o se siente cómodo con que su agente tome una decisión en particular, deje esa sección particular en blanco.

### La parte III: Notarial de Salud Mental

Comience escribiendo su nombre en el espacio en blanco de la primera página en la que declara que usted autoriza y designa un agente del campo de la medicina para tomar ciertas decisiones de su parte.

#### A. Designación de un Agente

Usted puede nombrar a cualquier adulto que tenga la capacidad de ser su agente, con las excepciones siguientes: su proveedor de cuidado de la salud mental o un agente, operador, o empleado de un complejo residencial en el cual usted recibe cuidados, no pueden servir como su agente a menos que ellos estén relacionados con usted por medio del matrimonio, por sangre o por adopción.

Escriba el nombre de la persona elegida, y anote su dirección y número de teléfono. Usted puede solicitar que la persona sea contactada en cualquier momento. Añada toda la información necesaria, incluso sus números de teléfono de casa y de su trabajo. La persona que usted elige como su agente también debería firmar el documento para indicar que él/ella acepta servir como su agente.

Ya que su agente tomará decisiones de su parte, es muy importante elegir a alguien en quien usted confía y hablar de sus ideas y preocupaciones detalladamente de modo que la persona realmente entienda qué decisiones de salud mental usted habría tomado para sí mismo.

### **B. Designación de un Agente Alterno**

Usted puede designar a una persona alterna por si la primera persona que usted elige no estuviera disponible. Ésta es una buena idea si usted tiene a otra persona en la cual confía, ya que el agente puede no estar disponible por una serie de motivos como enfermedad o viajes. Si usted no tiene a nadie a quien llamar como agente alterno, deje esta sección en blanco.

La persona a quien usted elige como su agente también debe firmar el documento para indicar que él/ella acepta servir como su agente.

Su agente alterno debe facilitar su dirección y número de teléfono en los que puede ser localizado por su proveedor.

### **C. Autoridad Concedida al Agente**

Usted puede otorgar poder y autoridad completa a su agente para tomar todas sus decisiones en el cuidado de la salud mental, o usted puede poner límites en algunas decisiones que su agente puede tomar de su parte. Si usted desea limitar las decisiones que su agente puede tomar por usted, debe leer cada subdivisión con cuidado y firmar su opción con las iniciales. Su agente no puede consentir en la terapia de electrochoque, en procedimientos experimentales o en investigación a menos que usted así lo conceda expresamente con la firma de las iniciales en las secciones correspondientes. Si hay otras decisiones en el cuidado de la salud mental que usted no quiere que su agente tome por usted, debe dejarlo por escrito. Asegúrese de escribir claramente, para que así no quede margen a la confusión.

La ley de Pennsylvania no permite que su agente consienta a psico-cirugía o terminación de derechos pater-

nales por usted, aunque usted este dispuesto a otorgar estos poderes a su agente.

## **Parte IV: Denominar a un Tutor**

### **A. Preferencias en cuanto a un tutor designado por un tribunal**

Si usted se cree incapacitado, es posible que un tribunal le designe a un tutor que actúe de su parte. Conforme a las leyes de tutela, usted puede denominar a un tutor propio para que el tribunal lo considere. El tribunal designará a su tutor de acuerdo con su nombramiento más reciente excepto por buena causa o descalificación. Si usted desea designar a alguien en su Declaración, es importante que usted se dirija a la persona y le pregunte si está dispuesto a servir como su tutor, porque un tribunal no le obligará a servir como tal. Es también importante que usted le dé a esta persona una copia de su Procuración y le explique sus deseos en cuanto al tratamiento de salud mental.

Si el tribunal designa a un tutor, esa persona no podrá poner fin, revocar o suspender su Declaración a menos que usted le otorgue esta autoridad. En esta sección, usted debe decidir si desea que un tutor designado por un tribunal tenga este poder. Incluso si usted no deja claro a qué persona desea como tutor, usted todavía puede especificar si a una persona que es designada por el tribunal se le permite poner fin, revocar o suspender su Declaración.

Si el tutor designado por el tribunal y su agente resultan ser personas diferentes, el tribunal dará preferencia y permiso a su agente de cuidado de salud mental para seguir tomando decisiones de salud mental conforme a su Directiva, a menos que usted especifique lo contrario en su Directiva. Si, después de un examen cuidadoso, el tribunal decide conceder los poderes que usted dio a un agente, el tutor todavía estaría ligado por las mismas obligaciones que su agente lo habría sido.

## **Parte V. Ejecución**

### **Usted debe firmar y fechar su Declaración de Cuidado de Salud Mental Combinada y Poder Notarial en esta sección.**

Si usted es incapaz de firmar por usted, otra persona puede firmar de su parte.

**Su documento debe ser firmado y fechado por usted en la presencia de dos testigos.** Cada testigo debe tener al menos 18 años de edad. Los testigos pueden no ser su agente o una persona que firma de su parte.

Para que su Declaración entre en vigor, usted debe asegurarse de que las personas indicadas tengan acceso a ella. Esté seguro de dar copias de esta Directiva de Avance a su agente, a su proveedor de cuidado de salud mental, y a alguien más que pueda ser notificado en caso de que usted no tenga la capacidad para tomar decisiones en el cuidado de la salud mental. Recuerde que si usted anula o cambia su documento, debe avisar a cada uno de estos individuos. Es buena idea llevar una tarjeta en su cartera para que la gente sepa que usted tiene una Directiva de Avance.

*Por favor note: La información de este documento no tiene la intención de constituir el asesoramiento legal aplicable a situaciones actuales específicas. Para asesoramiento específico póngase en contacto con la **Protección de Pennsylvania y Defensa/Proyecto de Ley de Invalidez línea de consumo 1-800-692-7443 (voz) o 1-877-375-7139 (TDD).***

**SALUD MENTAL**

# Declaración

## IV. DECLARACIÓN

Una Declaración contiene instrucciones para doctores, hospitales, y otros proveedores en el cuidado de la salud mental sobre su tratamiento en caso de que usted no sea capaz de tomar decisiones o de comunicar sus deseos. Una Declaración por lo general trata de situaciones específicas y no permite mucha flexibilidad a la hora de efectuar cambios que surgen después de que el documento ha sido redactado, como por ejemplo un nuevo tipo de crisis médica, nuevas clases de medicación, u opciones de tratamiento diferentes.

Se supone que usted es capaz de adquirir una Directiva de Avance a menos que usted haya sido arbitrado, incapacitado, involuntariamente comprometido, o encontrado incapaz de tomar decisiones de salud mental después del examen efectuado tanto por un psiquiatra como por otro doctor o profesional de la salud mental.

### Instrucciones Básicas

*Lo siguiente corresponde al formulario en la página 35.*

**Lea cada sección con mucho cuidado.** Comience escribiendo su nombre en mayúsculas en el espacio en blanco en el primer párrafo al comienzo de la página.

#### A. Cuándo esta Declaración entra en vigor

Usted decide cuándo quiere que la Declaración entre en vigor. También puede especificar una condición, como por ejemplo si usted es involuntariamente comprometido en el cuidado como paciente externo u hospitalizado, u otro comportamiento o acontecimiento para el que usted sabe que ya no tiene la capacidad de tomar decisiones de salud mental, o puede especificar que usted quiere una evaluación para la incapacidad.

Si usted no elige una condición, su incapacidad será determinada después de un examen efectuado por un psiquiatra además de otra persona entre los siguientes: otro psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente médico, u otro profesional en el tratamiento de la salud mental. Si usted tiene algún doctor que prefiera para llevar a cabo la evaluación, debe especificarlo así en su Declaración. Aunque aquel doctor no pueda estar disponible, se hará un esfuerzo al menos para ponerse en contacto con él.

Hasta que su condición sea encontrada, o a usted se le considere incapaz de tomar decisiones sobre salud mental, usted tomará decisiones por usted mismo.

#### B. Preferencias en el tratamiento

Su Directiva de Avance será cuestionada con menor probabilidad si usted incluye la información sobre lo que prefiere realmente, así como lo que usted no quiere.

Recuerde que el consentimiento de antemano para una medicación en particular o un tratamiento no significa que su doctor recete el tratamiento de la medicina a menos que éste sea el tratamiento apropiado para cuando usted esté enfermo. Consentir sólo significa que su consentimiento es una opción conveniente dentro de los estándares de asistencia médica. Su doctor también tendrá que considerar si la opción de un tratamiento particular es cubierta por su seguro. Si, por ejemplo, el HMO que usted tiene no cubre cierta medicina en su formulario, su doctor puede prescribir otra medicina que sea similar, y que esté en el formulario HMO mientras usted no haya denegado el consentimiento a esa medicina en particular.

Asegúrese de marcar sus preferencias en cada sección con sus iniciales. Aunque usted no tuviera que explicar sus opciones, es una ventaja que usted incluya la declaración que explica por qué usted quiere o no quiere cierto tratamiento específico. Si cualquiera de sus opciones es cuestionada, usted tendrá una mayor posibilidad de defender su opción si un tribunal entiende cuáles son los motivos de su opción. Si usted no tiene ninguna preferencia en una sección dada, usted puede dejarla en blanco.

##### 1. Opción en la Ubicación del Tratamiento

Si usted tiene ciertas preferencias, o simplemente ninguna, por algún hospital en particular, las pone en una lista aquí. Lamentablemente, en muchos casos el lugar elegido puede no estar disponible y no será posible acomodarlo, o el doctor que le trata no trabaja en el hospital que usted prefiere. Por lo tanto, aunque su doctor trate de respetar su opción, no siempre será posible.

##### 2. Medicaciones

Si usted da instrucciones sobre cierta medicación, asegúrese de explicar los motivos de su decisión. Si, por ejemplo, usted experimenta efectos secundarios inaceptables de un medicamento sin una marca particular, usted debe de ser muy claro de modo que el doctor que le trata entienda su preocupación. De esta

manera su doctor le recetará algo diferente con menor probabilidad de causar problemas. Igualmente, si usted sabe que una medicación específica le ha funcionado a usted en el pasado, debe estar seguro de incluir dicha información. Si una versión de “time-released” le funciona, pero la marca regular no, debe asegurarse de incluir esta información también. Cuanto más conozca su doctor sobre usted, probablemente usted pueda conseguir el tratamiento más apropiado y rápido.

Tenga cuidado con lo que usted especifica. La medicación viene con marca y nombres genéricos, y también pertenece a clases de medicinas más amplias, como “antipsicótico atípico” o “SSRIs”. Si usted excluye una clase entera de medicinas, debe ser consciente que una medicina nueva y beneficiosa que puede llegar al mercado, podría ser excluida, aunque usted realmente no sepa nada sobre ello.

Usted puede decidir no consentir en el uso de ninguna medicación. Sólo sepa que también excluirá nuevas medicaciones que podrían ser provechosas en su tratamiento. Su Directiva de De Avance también puede ser cuestionada si su doctor cree que usted será irreparablemente dañado por esta opción.

### **3. Preferencias relacionadas con terapia de electrochoque (“ECT”)**

En algunos casos, un doctor puede considerar que “ECT” podría ser una forma eficaz en un tratamiento. Si usted ha encontrado “ECT” beneficioso en el pasado, o confía a su doctor tomar esta decisión de su parte, puede decidir y consentir este tratamiento de antemano.

Si usted no desea someterse a ECT por cualquier circunstancia, debe firmar con las iniciales la línea al lado de “no consiento en la administración de terapia de electrochoque”.

### **4. Preferencias en estudios experimentales**

Puede surgir la oportunidad de que participe en estudios experimentales relacionados con el tratamiento de su enfermedad. A veces estos estudios proporcionan más datos que ayudan a los doctores a determinar la causa y una mejor práctica a la hora de tratar una enfermedad. A veces los estudios están basados en la idea de que un cierto nuevo tratamiento podría ayudar. Si usted participa

en un estudio, usted puede tener el acceso a un nuevo tratamiento antes de lo que lo tendría por otra parte. Sin embargo, puede haber algún riesgo implicado. Si usted quiere participar en un estudio porque su doctor cree que las ventajas potenciales son más que los riesgos potenciales, debe firmar con las iniciales la primera opción.

Si usted no quiere participar en estudios experimentales de ninguna clase, bajo ninguna circunstancia, debe firmar con las iniciales la opción que declara que usted no consiente.

### **5. Preferencias en cuanto a la prueba de nuevas medicinas**

Del mismo modo, usted puede tener la oportunidad de participar en una prueba relacionada con nuevas medicinas. Si usted participa, puede tener acceso a una nueva medicina antes de lo que conseguiría por otra parte. Sin embargo, puede haber riesgos o efectos secundarios. Si usted quiere participar en una prueba de nuevas medicinas y si su doctor cree que las ventajas potenciales son mayores que los riesgos, usted debería firmar con las iniciales la primera opción.

Si usted no quiere participar en una prueba de medicina de ningún tipo, bajo ninguna circunstancia, debe firmar con las iniciales la opción que declara que usted no consiente.

### **6. Instrucciones adicionales o información**

Una de las ventajas más significativas al completar una Directiva de Avance es que usted comunica una información muy importante a su proveedor en el cuidado de la salud mental, al agente, y a otras personas que le apoyan. Ésta es una forma que le permite a usted proporcionar la información que puede o no estar directamente relacionada con su tratamiento de salud mental. Si hay otra información que le gustaría dar a su proveedor de cuidado de salud mental y al agente, debe incluirlo aquí. Si usted lo desea, puede añadir una página adicional al formulario si no hay espacio suficiente para escribir todo lo que usted necesita. Sólo asegúrese de que escribe en mayúsculas o que teclea sus declaraciones, e haga el intento de hacerlo lo más claro posible para minimizar la confusión en lo que usted quiere que pase. Una vez más, si usted no tiene una preferencia específica sobre algo puesto en la lista, sólo deje esa sección en particular en blanco.

### C. Revocaciones y Enmiendas

Una revocación significa que usted anula su Directiva. Si usted revoca su Directiva, su doctor no tiene que seguir las instrucciones que usted dio en el documento. Usted puede cambiar o revocar su Directiva en cualquier momento, mientras tenga la capacidad de tomar decisiones sobre salud mental cuando haga el cambio o la revocación. Usted puede revocar una instrucción específica sin revocar el documento entero. Si usted está actualmente bajo un compromiso involuntario y usted quiere cambiar o revocar su Declaración, usted tendrá que solicitar una evaluación que determine si usted es capaz de tomar decisiones sobre salud mental. La evaluación será hecha tanto por un psiquiatra como por otro psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente médico u otro profesional de la salud mental. Si se considera que tiene la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental, usted podrá revocar o cambiar su Declaración, aunque esté en el hospital.

Usted puede revocar su Directiva de Avance de Salud Mental de forma oral o por escrito. Su Directiva de Avance finaliza tan pronto como usted comunique su revocación al doctor que le trata. Lo mejor es hacer cualquier cambio o revocación por escrito, ya que así hay un registro claro de sus deseos.

Si usted hace una nueva Directiva de Avance de Salud Mental, usted debería estar seguro de notificar a su doctor y al personal de apoyo que usted ha revocado el anterior. Su Directiva expirará automáticamente a los dos años desde la fecha en que usted la adquirió, a menos que sea incapaz de tomar decisiones sobre salud mental en el momento en que expiraría. En este caso, permanecerá en vigor hasta que usted sea capaz de tomar decisiones por usted mismo.

Enmendar su Directiva significa que usted hace cambios. Usted puede hacer cambios en cualquier momento, mientras tenga la capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Cualquier cambio debe ser hecho por escrito, firmado y atestiguado por dos individuos del mismo modo que el documento original. Cualquier cambio entra en vigor tan pronto como los cambios sean comunicados por usted, o por un testigo de sus enmiendas al médico que le trata o a otro proveedor de cuidado de la salud mental.

### D. Terminación

Su Directiva de Avance expirará automáticamente a los dos años desde la fecha de la ejecución, a menos que se le haya encontrado incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental en el momento en que la directiva expira. En este caso la Declaración seguirá estando vigente hasta que usted recobre la capacidad.

### E. Preferencia en cuanto a un tutor designado por tribunal

Si usted se siente incapacitado, es posible que un tribunal pueda designar a un tutor para actuar de su parte. Conforme a las leyes de tutela, usted puede denominar a un tutor propio para que el tribunal lo considere. El tribunal designará a su tutor de acuerdo con su nombramiento más reciente excepto por una buena causa o una descalificación. Si usted desea designar a alguien en su Declaración, es importante que usted se dirija a la persona y le pregunte si está dispuesto a servir como su tutor, porque un tribunal no les obligará a servir. Es también importante que usted le dé a esta persona una copia de su Declaración y le explique sus deseos en cuanto al tratamiento de la salud mental.

Si el tribunal designa a un tutor, esa persona no será capaz de poner fin, revocar o suspender su Declaración a menos que usted le otorgue esta autoridad. En esta sección, debe decidir si usted desea que un tutor designado por un tribunal tenga este poder. Incluso si usted no deja claro qué persona es la que usted desea como tutor, todavía puede especificar si a una persona que sea designada por el tribunal se le permite terminar, revocar o suspender su Declaración.

### F. Ejecución

**Usted debe firmar y fechar su Declaración de Cuidado de Salud Mental Combinada y Poder Notarial en esta sección.** Si usted es incapaz de firmar por usted mismo, otra persona puede firmar de su parte. **Su documento debe ser firmado y fechado por usted en la presencia de dos testigos.** Cada testigo debe tener al menos 18 años de edad. Los testigos pueden no ser necesariamente su agente o la misma persona que firma de su parte.

Para que su Declaración entre en vigor, usted debe asegurarse de que las personas indicadas tengan acceso a ella. Asegúrese también de dar copias de esta Directiva de Avance a su agente, a su proveedor del cuidado de la salud mental, y a alguna otra persona más a la que se pueda notificar en caso de que se considere que usted no

tiene la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Recuerde que si usted anula o cambia su documento debe avisar a cada uno de estos individuos. Es buena idea llevar una tarjeta en su cartera para que la gente sepa que usted tiene una Directiva de Avance.

***Por favor note: La información de este documento no tiene la intención de constituir el asesoramiento legal aplicable a situaciones actuales específicas. Para asesoramiento específico póngase en contacto con la Red para los Derechos de personas con impedimentos en Pennsylvania línea de consumo 1-800-692-7443 (voz) o 1-877-375-7139 (TDD).***

**SALUD MENTAL**

**Poder Notarial (Procuración)**

## V. PODER NOTARIAL

El Poder Notarial permite que usted designe a otra persona más, a la que se puede denominar como agente, para que tome decisiones sobre el tratamiento a aplicarle en caso de una crisis de salud mental. Un Poder Notarial proporciona la flexibilidad de tratar con situaciones en el momento en que éstas ocurren en lugar de intentar anticipar de antemano todas las situaciones posibles. Usando un Poder Notarial es muy importante elegir a alguien en quien usted confía para que sea su agente y pasar el tiempo necesario con esa persona con el fin de explicarle su preocupación sobre las distintas opciones de tratamiento. Su doctor, su empleado, o un propietario, operador, o empleado de un complejo residencial donde usted vive no pueden servir como agente.

Se supone que usted sea capaz de adquirir una Directiva de Avance a menos que usted haya sido arbitrado, incapacitado, involuntariamente comprometido, o sea considerado incapaz de tomar decisiones sobre la salud mental después del examen efectuado tanto por un psiquiatra como por otro doctor o profesional en la salud mental.

### Instrucciones Básicas

*Lo siguiente corresponde al formulario en la página 41.*

**Lea cada sección con mucho cuidado.** Comience escribiendo su nombre con mayúsculas en el espacio en blanco en el primer párrafo al comienzo de la página.

#### A. Designación del Agente

Usted puede designar a cualquier adulto que tenga la capacidad de ser su agente, con las siguientes excepciones: su proveedor en el cuidado de la salud mental o un empleado de su proveedor de asistencia médica o un agente, operador, o empleado de un complejo residencial en la cual usted recibe el cuidado, no pueden servir como su agente a menos que ellos estén relacionados con usted por la vía del matrimonio, de la sangre o por medio de la adopción.

Escriba el nombre de la persona que usted elige, su dirección y número de teléfono. Como usted quiere que esta persona pueda ser contactada en cualquier momento, añada tanta información como sea posible, incluso del trabajo y los números de teléfono de casa. La persona que usted elige como su agente también debe firmar el documento para indicar que él/ella acepta ser su agente.

Ya que su agente tomará decisiones de su parte, es muy importante elegir a alguien en quien usted confía y hablar de sus ideas y preocupaciones detalladamente de modo que la persona realmente entienda qué decisiones sobre salud mental usted tomaría por sí mismo.

#### B. Designación de un Agente Alterno

Si usted así lo desea, puede designar a una persona alterna por si la primera persona que usted eligió no está disponible. Ésta es una buena idea si usted tiene a otra persona en la cual usted confía, ya que las personas pueden no estar disponibles por una serie de motivos como una enfermedad o viajes. Si usted no tiene ninguna persona a la que usted desea llamar como su agente alterno, deje esta sección en blanco.

La persona que usted elige como su agente alterno también debería firmar el documento para indicar que él/ella acepta ser su agente. Su agente alterno debe de facilitar su dirección y su número de teléfono de modo que ellos puedan ser localizados por su proveedor.

#### C. Cuándo entra en vigor el Poder Notarial

Decida cuándo quiere usted que el Poder Notarial entre en vigor. Usted puede especificar una condición, como si por ejemplo usted estuviera involuntariamente comprometido como paciente externo o para el cuidado en un hospital, u otro comportamiento, acontecimiento que usted sabe que suceden cuando usted ya no tiene la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental, o usted puede especificar que quiere una evaluación para medir la incapacidad.

Si usted no elige una condición, su incapacidad será determinada después del examen efectuado por un psiquiatra y además de uno de los siguientes: otro psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente médico, u otro profesional en el tratamiento de la salud mental. Si usted tiene unos doctores que usted preferiría que hicieran la evaluación, debe especificarlo en su Poder Notarial. Aunque el doctor elegido no esté disponible, se hará al menos un esfuerzo por ponerse en contacto con él.

Hasta que se averigüe su condición, o se considere que es incapaz de tomar decisiones sobre salud mental, usted tomará las decisiones por sí mismo.

## D. Autoridad permitida a su Agente en el Cuidado de Salud Mental

Usted puede conceder plenos poderes y autoridad a su agente para tomar todas sus decisiones sobre el cuidado de la salud mental, o puede poner límites en el tipo de decisiones que su agente tome de su parte. Si usted desea limitar las decisiones que su agente pueda tomar, debe leer cada subdivisión con mucha atención. Si hay otra decisión en cuanto al cuidado de la salud mental que usted no quiere que su agente tome, puede escribirlo aquí. La ley de Pennsylvania no permite que su agente consienta en psico-cirugía o en la terminación de los derechos de paternidad de su parte, aun si usted desea que el agente tenga el poder.

### 1. Preferencias de tratamiento

Recuerde que consentir de antemano una medicación en particular o un tratamiento no significa que su doctor vaya a recetar el tratamiento de la medicina a menos que sea el tratamiento apropiado cuando usted está enfermo. Consentir sólo significa que usted da por válida una opción conveniente dentro de los estándares de la asistencia médica. Su doctor también tendrá que considerar si una opción en su tratamiento particular es cubierta por su seguro. Si, por ejemplo, el HMO que usted tiene no cubre cierta medicación en su formulario, su doctor le puede recetar una medicina que sea similar, pero que está en el formulario HMO mientras usted no haya denegado el consentimiento a esa medicina en particular.

Aunque usted no tuviera que explicar sus opciones, resulta de enorme utilidad incluir declaraciones que explican por qué usted quiere o no quiere un tratamiento específico. Si usted no tiene una preferencia por una sección dada, la puede dejar en blanco.

#### a. Opción en la Ubicación del Tratamiento

Si usted tiene ciertas preferencias por, o en perjuicio de, algún hospital en particular, señálelos en una lista aquí. Lamentablemente, en muchos casos un lugar determinado puede no estar disponible y ser imposible acomodarlo, o el doctor que le trata no trabaja en el hospital que usted prefiere. Por lo tanto, aunque su doctor trate de respetar su opción, no siempre podrá ser posible.

#### b. Preferencias en cuanto a diferentes medicaciones

Si usted da instrucciones sobre las medicinas,

asegúrese de explicar los motivos de sus decisiones. Si, por ejemplo, usted experimentara efectos secundarios inaceptables de un medicamento sin marca en particular, debe hacer saber claramente al doctor que le trata su preocupación. De este modo su doctor le recetará con menor probabilidad algo que le pueda causar problemas similares. Igualmente, si usted sabe que una medicación específica le ha funcionado a usted en el pasado, debe asegurarse de incluir esta información. Si una versión "time-released" le funciona, pero la marca regular no, debe asegurarse de proveer esta información. Cuanto más esté al tanto su doctor sobre usted, probablemente usted conseguirá el tratamiento más apropiado y más rápido.

Tenga cuidado con lo que usted especifica. Las medicinas provienen de marcas y nombres genéricos, y también pertenecen a clases más amplias de medicinas, tales como "antipsicótico atípico" o "SSRIs". Si usted excluye una clase entera de medicinas, sea consciente de que si una medicina nueva y beneficiosa llega al mercado podría ser excluida, aunque usted realmente no sepa nada sobre ello.

Dar autoridad a su agente a la hora de tomar la decisión sobre las medicinas permite más flexibilidad al tratar con futuras situaciones. Por ejemplo, puede llegar al mercado una nueva medicina que no está disponible actualmente. Permitiendo a su agente tomar la decisión en el momento de su incapacidad significa que su agente tendrá la información más actualizada en la que basar sus decisiones.

#### c. Preferencias relacionadas con la terapia de electrochoque ("ECT")

En algunos casos, un doctor considera que "ECT" podría ser una forma eficaz de tratamiento. Si usted cree que "ECT" le ha sido útil en el pasado, y/o usted confía en que su agente tomará esa decisión si su doctor piensa que esto le puede ayudar, debe firmar con las iniciales la línea al lado "de mi agente está autorizado a consentir en la administración de terapia de electrochoque."

Si no desea someterse a ECT bajo ninguna circunstancia, debe firmar con las iniciales la línea al lado "de no consiento en la administración de terapia de electrochoque."

**NOTE: Su agente NO PUEDE dar consentimiento a ECT a menos que usted firme con las iniciales esta autorización.**

#### **d. Preferencias para estudios experimentales**

Puede surgir la oportunidad de que usted participe en estudios experimentales relacionados con el tratamiento de su enfermedad. A veces estos estudios proporcionan más datos que ayudan a que los doctores determinen la causa y una mejor práctica para tratar una enfermedad. A veces los estudios están basados en la idea por la que un nuevo tratamiento podría ayudar. Si usted participa en un estudio, puede tener el acceso a un nuevo tratamiento antes de lo que lo tendría de otra forma. Sin embargo, puede haber algún riesgo implicado. Si usted quiere participar en un estudio porque su doctor cree que las ventajas potenciales para usted son mayores que los riesgos potenciales, debe firmar con sus iniciales en la primera opción.

Si usted no quiere participar en estudios experimentales de ninguna clase, bajo ninguna circunstancia, debe firmar con sus iniciales la opción que declara que usted no consiente. NOTE: Su agente NO PUEDE consentir la participación en estudios experimentales a menos que usted firme con sus iniciales esta autorización.

#### **e. Preferencias en cuanto a los procesos de prueba de nuevas medicinas**

Del mismo modo, usted puede tener la oportunidad de participar en un proceso relacionado con la prueba de nuevas medicinas. Si usted participa, puede tener el acceso a una nueva medicina antes de lo que sucedería por otros medios. Sin embargo, puede haber riesgos o efectos secundarios. Si usted quiere participar en un proceso de medicina porque su doctor cree que las ventajas potenciales son para usted más importantes que los riesgos; debe firmar con sus iniciales la primera opción.

Si usted no quiere participar en un proceso de prueba de ningún tipo de nuevas medicinas, bajo ninguna circunstancia, debe firmar con sus iniciales la opción que declara que su agente no tiene su autorización para consentir de su parte.

#### **f. Instrucción adicional o información**

Una de las ventajas significativas al completar una Directiva de Avance es que usted comunica infor-

mación muy importante a su doctor y a la gente que le apoya. Esta parte del formulario le permite a usted que le proporcione la información que puede o no puede estar directamente relacionada con el tratamiento de salud mental. Si hay otra información que le gustaría que su doctor conociera, debe incluirla aquí. Usted puede añadir una página adicional al formulario si no hay suficiente espacio para escribir todo que usted necesita. Sólo asegúrese de escribir con mayúsculas o a máquina sus declaraciones, trate de exponerlas lo más claro posible para minimizar la confusión en lo que usted quiera que ocurra. Una vez más, si usted no tiene preferencia alguna sobre algo de las listas, sólo deje aquella sección en particular en blanco.

#### **E. Revocaciones y Enmiendas**

La revocación significa que usted anula su Poder Notarial. Si usted revoca su Poder Notarial, su agente ya no le representará, y su doctor no tiene que seguir las instrucciones que su agente dé. Puede cambiar o revocar su Poder Notarial en cualquier momento, mientras tenga la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental cuando haga el cambio o la revocación. Puede revocar una instrucción específica sin revocar el documento entero.

Si usted está actualmente bajo un compromiso involuntario, y quiere cambiar o revocar su Poder Notarial, tendrá que solicitar una evaluación que determinará si usted es capaz de tomar decisiones sobre salud mental. La evaluación será hecha tanto por un psiquiatra como por además otro psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente médico u otro profesional de la salud mental. Si se considera que usted tiene la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental, usted será competente para revocar o cambiar su Poder Notarial, aunque usted esté en el hospital.

Usted puede revocar su Poder Notarial de forma oral o por escrito. Esto entra en vigor tan pronto como usted comunique su revocación al doctor que le trata. Es mejor hacer los cambios o revocaciones por escrito, porque entonces hay un registro claro de sus deseos. Si usted adquiere un Poder Notarial nuevo, debe asegurarse de notificar a su doctor y a las personas de apoyo que usted ha revocado el anterior. Su Poder Notarial expirará automáticamente a los dos años desde la fecha en que usted lo hizo, a menos que sea incapaz de tomar decisiones sobre salud mental en el momento en que expira. En este caso, éste permanecerá en vigor hasta

que usted sea capaz de tomar decisiones por sí mismo.

Enmendar su Poder Notarial significa que usted le hace cambios. Usted puede hacer cambios en cualquier momento, mientras tenga la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de salud mental. Cualquier cambio debe ser hecho por escrito y ser firmado y atestiguado por dos individuos del mismo modo que el documento original. Cualquier cambio estará vigente tan pronto como los cambios sean comunicados por usted, o un testigo de sus enmiendas, al médico que le trata o a otro proveedor del cuidado de la salud mental.

## F. Terminación

Su Directiva de Avance expirará automáticamente a los dos años desde la fecha de la ejecución, a menos que a usted se le considere incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental en el momento en que la Directiva expira. En este caso, la Directiva seguirá estando vigente hasta que usted recobre la capacidad.

## G. Preferencia por un tutor designado por un tribunal

Si usted se encuentra incapacitado, es posible que un tribunal le designe a un tutor para actuar de su parte. Conforme a las leyes de tutela, usted puede denominar a un tutor propio para que el tribunal lo considere. El tribunal designará a su tutor de acuerdo con su nombramiento más reciente excepto por buena causa o una descalificación. Si usted desea designar a alguien en particular en su Poder Notarial, es importante que usted se dirija a esa persona y le pregunte si está dispuesto a ser su tutor, porque un tribunal no le obligará a serlo. Es también importante que usted le dé a esta persona una copia de su Poder Notarial y le explique sus deseos sobre el tratamiento de salud mental.

Si el tribunal designa a un tutor, esa persona no será capaz de poner fin, revocar o suspender su Poder Notarial a menos que usted le otorgue esta autoridad. En esta sección, debe decidir si usted desea que un tutor designado por un tribunal tenga este poder. Incluso si usted no especifica qué persona desea usted como tutor, todavía puede especificar si a la persona que es designada por el tribunal le permiten poner fin, revocar o suspender su Poder Notarial.

## H. Ejecución

**Usted debe firmar y fechar su Poder Notarial de Cuidado de Salud Mental en esta sección.** Si usted es incapaz de firmar, otra persona puede firmar de su parte. **Su documento debe ser firmado y fechado**

**por usted en la presencia de dos testigos.** Cada testigo debe tener al menos 18 años. Si usted es incapaz de firmar el documento por sí mismo, puede hacer que otra persona firme de su parte, pero esa persona no puede ser un testigo.

Para que su Poder Notarial sea vigente, debe asegurarse de que las personas correctas tienen acceso a él. Asegúrese de dar copias de éste a su proveedor de cuidado de salud mental, y a aquel que pueda ser notificado en caso de que usted no tenga la capacidad para tomar decisiones en el cuidado de la salud mental. Recuerde que si usted cancela o cambia su documento, debe avisar a cada uno de ellos. Es buena idea llevar una tarjeta en su cartera para que la gente sepa que usted tiene un Poder Notarial.

*Por favor note: La información de este documento no tiene la intención de constituir el asesoramiento legal aplicable a situaciones actuales específicas. Para asesoramiento específico póngase en contacto con la Red para los Derechos de personas con impedimentos en Pennsylvania línea de consumo 1-800-692-7443 (voz) o 1-877-375-7139 (TDD).*

## VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**El Médico que le trata** - Un médico que tiene las responsabilidades primarias del tratamiento y el cuidado de la persona que adquiere la Directiva de Avance.

**Agente** - Un individuo designado por una persona en un Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental que tomará decisiones en cuanto al cuidado de la salud mental de parte de la persona.

**Enmendar** - Cambiar o modificar añadiendo o restando lenguaje.

**Declaración** - Una escritura que expresa deseos de una persona e instrucciones por el cuidado de la salud mental y por otros asuntos.

**Ejecutar** - Firmar, fechar y tener la firma atestiguada.

**Directiva de Avance de Salud Mental** - Un documento que permite que una persona opte por los diferentes tratamientos de salud mental conocidos en caso de que la persona se vea incapacitada por su propia enfermedad mental. En efecto, la persona da o deniega el consentimiento al tratamiento antes de que éste último sea necesario.

**Cuidado de la salud mental** - Cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, para diagnosticar, para tratar, o asegurar la salud mental, incluyendo cualquier programa de medicación y tratamiento terapéutico.

**Proveedor en el cuidado de la salud mental** - Una persona que tiene la licencia, el certificado o por otra parte está autorizada según las leyes de Pennsylvania a proporcionar el cuidado de la salud mental.

**Profesional del tratamiento de la salud mental** - Una persona entrenada y licenciada en psiquiatría, asistencia social, psicología, o enfermería con un grado universitario y la experiencia clínica.

**Poder Notarial** - Una escritura hecha por una persona que nombra a otra para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental de parte de la persona.

**Revocar** - Cancelar o poner fin.

# Formularios

Combinado

Declaración

Poder Notarial

Las siguientes páginas contienen formularios de muestra que pueden ser arrancados y usados (o duplicados). Para más información al respecto favor de ver los recursos listados en la Introducción (p. 4). Todos los formularios han sido proporcionados por cortesía de la Red para los Derechos de personas con impedimentos en Pennsylvania.

# FORMULARIO COMBINADO SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL Y EL PODER NOTARIAL

## Parte I. Introducción

Yo \_\_\_\_\_, en plenas facultades mentales y teniendo la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental, deseo y voluntariamente hago esta Declaración y Poder Notarial acerca de los cuidados de mi salud mental. Yo entiendo que el cuidado de la salud mental incluye cualquier cuidado, tratamiento, servicio, o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar o asegurar mi salud mental, incluyendo cualquier programa de medicación y tratamiento terapéutico.

La terapia de Electrochoque podrá ser administrada sólo si Yo consiento en ello específicamente en este documento. Yo podré ser sometido a pruebas de laboratorio o investigación sólo si está específicamente estipulado en este documento. El cuidado de la salud mental no incluye psico-cirugía ni la terminación de los derechos de paternidad. Yo entiendo que mi incapacidad será determinada por el diagnóstico y examen de un psiquiatra y de uno de los siguientes médicos entre los siguientes: otro psiquiatra, un psicólogo, mi médico de familia, el médico que me trata u otro profesional especializado en salud mental. Siempre y cuando sea posible, uno de los médicos a tomar esta decisión será un profesional que me atiende.

### A. Cuándo esta Declaración Combinada de Salud Mental y Poder Notarial entran en efecto

Esta Declaración Combinada de Salud Mental y Poder Notarial entra en efecto bajo las siguientes circunstancias:

☞ Cuando se me juzgúe carente de entendimiento o capacidad suficiente para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Yo preferiría el/los doctor(es) siguientes para evaluar mi capacidad a la hora de tomar decisiones sobre la salud mental:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

☞ Cuando se me diagnostique la siguiente afección: (Lista de afecciones) \_\_\_\_\_

### B. Revocación y Enmiendas

Esta Declaración Combinada de Salud Mental y Poder Notarial puede ser revocada en su totalidad o en parte en cualquier momento, verbalmente o por escrito, mientras Yo no sea incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Mi revocación será efectiva en comunicación con mi médico de cabecera o cualquier otro proveedor del cuidado de la salud mental, ya sea por mí o por un testigo de mi revocación, o de la intención de revocar. Si Yo decido revocar una instrucción en particular contenida en este Poder Notarial de la manera especificada, Yo entiendo que las otras instrucciones contenidas en este Poder Notarial permanecerán vigentes hasta que:

- (1) Yo revoque este Poder Notarial en su totalidad;
- (2) Yo adquiera una nueva Declaración Combinada de Salud Mental y Poder Notarial; o
- (3) A los dos años a partir de la fecha de ejecución de este documento.

Yo puedo efectuar cambios en esta Directiva Avanzada en cualquier momento, mientras Yo tenga la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Cualquier cambio será hecho por escrito, firmado y atestiguado por dos individuos del mismo modo que el documento original fue ejecutado. Cualquier cambio será efectivo tan pronto los cambios sean comunicados a mi médico de cabecera u otro proveedor de cuidado de salud mental, por mí, mi agente, o un testigo de mis enmiendas.

## C. Terminación

Yo entiendo que esta Declaración finalizará automáticamente a los dos años a partir de la fecha de ejecución, a menos que se me juzgue incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental en el momento en que esta Declaración expira.

# Parte II. Declaración de Salud mental

## A. Preferencias en el tratamiento

### 1. Opción de la institución del tratamiento

En el caso que Yo requiera ser admitido en una institución de tratamiento psiquiátrico, Yo preferiría ser admitido en la siguiente institución:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

En el caso que Yo requiera ser admitido a una institución de tratamiento psiquiátrico, Yo no quisiera ser admitido en la siguiente institución:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi médico podría admitirme en una institución que no es de mi preferencia.

### 2. Preferencias en cuanto a medicaciones para el tratamiento psiquiátrico

Yo consiento en tomar los medicamentos que mi médico de cabecera recomiende.

Yo consiento en tomar los medicamentos que mi médico de cabecera recomiende con las siguientes excepciones, limitaciones, y/o preferencias:

Medicación	Razón de Excepción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo consiento en tomar los medicamentos siguientes con estas limitaciones:

Medicación	Limitación	Razón de Limitación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo prefiero los medicamentos siguientes:

Medicación	Razón de Preferencia
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La excepción, limitación, o preferencia, se aplica al medicamento genérico, marca registrada y equivalentes de nombres comerciales a menos que esté establecido de otra forma. Yo entiendo que las instrucciones de dosificación no comprometerán a mi médico.

Yo he designado a un agente bajo la sección de Poder Notarial de este documento para tomar decisiones relacionadas con los medicamentos.

Yo no consiento en el uso de ningún medicamento.

### **3. Preferencias en la terapia de electrochoque (ECT)**

Yo consiento en la administración de terapia de electrochoque.

Yo he designado un agente bajo la sección de Poder Notarial en este documento para tomar las decisiones relacionadas con la terapia de electrochoque.

Yo no consiento en la administración de terapia de electrochoque.

### **4. Preferencias para los estudios experimentales**

Yo consiento en la participación en estudios experimentales si mi médico de cabecera considera que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.

Yo he designado a un agente bajo la sección de Poder Notarial de este documento para tomar decisiones relacionadas con los estudios experimentales.

Yo no consiento en la participación de estudios experimentales.

### **5. Preferencias con respecto a medicación experimental.**

Yo consiento en participar en el uso de medicación experimental si mi médico de cabecera considera que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.

Yo he designado a un agente bajo la sección de Poder Notarial de este documento para tomar decisiones relacionadas con el uso de medicación experimental.

Yo no consiento en participar en el uso de medicación experimental.

### **6. Instrucciones adicionales o información.**

Ejemplos de otras instrucciones o información que pueden ser incluidas:

Actividades que ayudan o empeoran los síntomas:

---

---

---

Tipos de intervención preferida en caso de una crisis:

---

---

---

Historial del estado físico y mental:

---

---

---

Requerimiento dietético:

---

---

---

Preferencias religiosas:

---

---

---

Custodia temporal de los niños:

---

---

---

Notificación familiar:

---

---

---

Limitaciones para sacar y revelar expedientes de salud mental:

---

---

---

Cuidado temporal y custodia de mascotas domésticas:

---

---

---

Otros asuntos de importancia:

---

---

---



## Parte III. Poder Notarial de Cuidado de Salud Mental

Yo, \_\_\_\_\_, en plenas facultades mentales y teniendo la capacidad de tomar decisiones sobre la salud mental, autorizó a mi agente designado para el cuidado de mi salud a tomar ciertas decisiones por mí en cuanto al cuidado de mi salud mental. Si Yo no he expresado una opción en este documento o en la Declaración incluida, Yo autorizo a mi agente a tomar la decisión que mi agente determine es la decisión que Yo tomaría si Yo estuviera competente para hacerlo.

### A. Designación de agente

Yo por este medio designo y escojo a la persona siguiente como mi agente apoderado a tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud mental, como está autorizado en este documento. Esta autorización se aplica sólo a decisiones de salud mental que no están estipuladas en esta Declaración firmada.

Nombre de la persona designada: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Aceptación del agente:** Yo por este medio acepto ser designado como el agente a cargo del cuidado de la salud mental de (el nombre del declarante).

Firma del agente: \_\_\_\_\_

Nombre del Agente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### B. Designación de un agente alterno

En caso de que mi primer agente no esté disponible o sea incapaz o renuente de actuar como mi agente en el cuidado de mi salud mental, Yo por este medio designo y escojo al siguiente individuo como mi agente alterno en el cuidado de salud mental para tomar decisiones en el cuidado de mi salud mental, como está autorizado en este documento.

Nombre de la persona designada: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Aceptación del Agente Alterno:** Yo por este medio acepto ser designado como agente alternativo en el cuidado de la salud mental de (nombre del principal)

Firma del Agente Alterno: \_\_\_\_\_

Nombre del Agente Alterno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## C. Autoridad otorgada a mi agente en el cuidado de mi salud mental

Yo por este medio concedo a mi agente poder total y autoridad para tomar decisiones sobre mi salud mental, consistentemente con las instrucciones y limitaciones antes declaradas en este documento. Si Yo no he expresado otra opción en este Poder Notarial, o en esta Declaración de acompañada, Yo autorizo a mi agente a tomar la decisión que mi agente determine que Yo tomaría si Yo fuera competente para hacerlo así.

### 1. Preferencias con respecto a medicinas para el tratamiento psiquiátrico.

- Mi agente está autorizado a consentir en el uso de cualquier medicación después de consultar con mi psiquiatra y con cualquier otra persona que mi agente considere apropiada.
- Mi agente no está autorizado a consentir en el uso de ningún medicamento.

### 2. Preferencias con respecto a la terapia de electrochoque (ECT)

- Mi agente está autorizado a consentir en la administración de terapia de electrochoque.
- Mi agente no está autorizado a consentir en la administración de terapia de electrochoque.

### 3. Preferencias en estudios experimentales

- Mi agente está autorizado a consentir en mi participación en estudios experimentales, si, después de consultar con mi médico de cabecera y con algunos otros individuos que mi agente juzgue apropiados, mi agente cree que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.
- Mi agente no está autorizado a consentir en mi participación en estudios experimentales

### 4. Preferencias con respecto a medicinas experimentales

- Mi agente está autorizado a consentir en mi participación en el uso de medicinas experimentales, si, después de la consulta con mi médico de cabecera y con algún otro individuo que mi agente juzgue apropiado, mi agente cree que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.
- Mi agente no está autorizado a consentir en mi participación en el uso de medicinas experimentales.

## PARTE IV. Nombramiento de un Tutor

### A. Preferencia en cuanto a un tutor nombrado por un tribunal

Yo entiendo que Yo puedo con la consideración de un tribunal nombrar un tutor para mi persona si los procedimientos de incapacidad entran en vigencia bajo la ley 20 Pa. C.S. 5511. Yo entiendo que la corte designará un tutor de acuerdo con mi nombramiento más reciente excepto por causa de buena fe o descalificación. En caso que la corte decida nombrar un tutor Yo deseo que sea designada la persona siguiente:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

El nombramiento de un tutor para mi persona no le otorgara al tutor el poder de revocar, suspender o terminar esta Declaración Combinada del Cuidado de la Salud Mental y Poder Notarial.

Con el nombramiento de un tutor; Yo autorizo al tutor a revocar, suspender o terminar esta Declaración Combinada del Cuidado de la Salud Mental y Poder Notarial.

## PARTE V. Ejecución

Adquiero esta Declaración Combinada del Cuidado de la Salud Mental y Poder Notarial en el \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.  
(mes) (año)

Mi Firma: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si el principal que está haciendo esta Declaración Combinada del Cuidado de la Salud Mental y Poder Notarial no puede firmar este documento, otro individuo podría firmarlo por y con la autorización del principal. Un agente o la persona que firma por el principal no pueden ser a la vez testigos.

Firma de la persona que firma de mi parte: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD MENTAL

Yo \_\_\_\_\_, en plenas facultades mentales y teniendo la capacidad para tomar decisiones sobre salud mental, deseo y voluntariamente hago esta Declaración en cuanto al cuidado de mi salud mental. Yo entiendo que el cuidado de mi salud mental incluye cualquier cuidado, tratamiento, servicio, o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar o asegurar mi salud mental, incluyendo cualquier programa de medicación y tratamiento terapéutico. La terapia de Electrochoque puede ser administrada sólo si Yo he consentido en ello específicamente en este documento. Yo podré ser sometido a pruebas de laboratorio o investigación sólo si está específicamente estipulado en este documento. El cuidado de mi salud mental no incluye psico-cirugía o la terminación de los derechos de paternidad. Yo entiendo que mi incapacidad será determinada por el diagnostico de un psiquiatra y de uno de los siguientes médicos: otro psiquiatra, un psicólogo, mi médico de familia, el médico que me trata u otro profesional especializado en salud mental. Siempre y cuando sea posible, uno de los médicos a tomar esta decisión será un profesional que me atiende.

## A. Cuándo esta Declaración entra en efecto

Esta Declaración entra en efecto bajo las siguientes circunstancias:

Cuando se me juzgue carente de entendimiento o capacidad suficiente para tomar decisiones del cuidado de mi salud mental. Yo preferiría el/los doctor(es) siguientes para evaluar mi capacidad de tomar decisiones sobre mi salud mental:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Cuando surge la siguiente afección: (Lista de afecciones)

## B. Preferencias en el tratamiento

### 1. Opción en la institución para el tratamiento

En el caso de que Yo requiera ser admitido en una institución de tratamiento psiquiátrico, Yo preferiría ser admitido en la siguiente institución:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

En el caso que Yo requiera ser admitido en una institución de tratamiento psiquiátrico, Yo no quisiera ser admitido en la siguiente institución:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi médico podría admitirme en una institución que no es de mi preferencia.

## 2. Preferencias en cuanto a medicaciones para tratamiento psiquiátrico.

- Yo consiento en tomar los medicamentos que mi médico de cabecera recomiende.
- Yo consiento en tomar los medicamentos que mi médico de cabecera recomiende con las siguientes excepciones, limitaciones, y/o preferencias:

Medicación	Razón de Excepción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo consiento en tomar los medicamentos siguientes con estas limitaciones:

Medicación	Limitación	Razón de Limitación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo prefiero los medicamentos siguientes:

Medicación	Razón de Preferencia
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La excepción, limitación, o preferencia, se aplica al medicamento genérico, marca registrada y equivalentes de nombres comerciales a menos que esté establecido de otra forma. Yo entiendo que las instrucciones de dosificación no comprometerán a mi médico.

- Yo no consiento el uso de ningún medicamento.

## 3. Preferencias en la terapia de electrochoque (ECT)

- Yo consiento la administración de terapia de electrochoque.
- Yo no consiento la administración de terapia de electrochoque.

## 4. Preferencias en estudios experimentales

- Yo consiento en la participación en estudios experimentales si mi médico de cabecera considera que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.
- Yo no consiento en la participación de estudios experimentales.

## 5. Preferencias con respecto a medicinas experimentales.

- Yo consiento en participar en el uso de drogas experimentales si mi médico de cabecera considera que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.
- Yo no consiento en participar en el uso de medicinas experimentales.

## 6. Instrucciones o información adicional.

Ejemplos de otras instrucciones o información que pueden ser incluidas:

Actividades que ayudan o empeoran los síntomas:

---

---

---

Tipos de intervención preferida en caso de una crisis:

---

---

---

Historial del estado físico y mental:

---

---

---

Requerimiento dietético:

---

---

---

Preferencias religiosas:

---

---

---

Custodia temporal de los niños:

---

---

---

Notificación familiar:

---

---

---

Limitaciones para sacar y revelar expedientes de salud mental:

---

---

---

Cuidado temporal y custodia de mascotas domésticas:

---

---

---

Otros asuntos de importancia:

---

---

---

### C. Revocación y Enmiendas

Esta Declaración puede ser revocada en su totalidad o en parte en cualquier momento, verbalmente o por escrito, mientras Yo no sea encontrado incapaz de tomar decisiones en el cuidado de mi salud mental. Mi revocación será efectiva al comunicársela a mi médico de cabecera o a cualquier otro proveedor en el cuidado de la salud mental, ya sea por mí o por un testigo de mi revocación, de la intención de revocar. Si Yo decido revocar una instrucción en particular contenida en esta Declaración de la manera especificada, Yo entiendo que las otras instrucciones contenidas en esta Declaración permanecerán vigentes hasta que:

- (1) Yo revoque esta Declaración en su totalidad;
- (2) Yo adquiriera una Directiva Avanzada de Salud Mental; o
- (3) A los dos años a partir de la fecha de ejecución de este documento.

Yo puedo hacer cambios en esta Directiva Avanzada en cualquier momento, mientras Yo tenga la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental. Cualquier cambio será hecho por escrito, firmado y atestado por dos individuos del mismo modo que fue ejecutado el documento original. Cualquier cambio será efectivo tan pronto como los cambios sean comunicados a mi médico de cabecera o a otro proveedor en el cuidado de mi salud mental, por mí, mi agente, o un testigo de mis enmiendas.

### D. Terminación

Yo entiendo que esta Declaración será terminada automáticamente a los dos años a partir de la fecha de ejecución, a menos que se juzgue incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud mental en el momento en que esta Declaración expira.

### E. Preferencia en cuanto a un tutor designado por un tribunal.

Yo entiendo que Yo puedo, con la consideración de la corte, nombrar un tutor para mi persona si los procedimientos de incapacidad entran en vigencia bajo la ley 20 Pa. C.S. 5511. Yo entiendo que la corte designará un tutor de acuerdo con mi nombramiento más reciente excepto por causa de buena fe o descalificación. En caso que la corte decida nombrar un tutor, Yo deseo que sea designada la persona siguiente:

Nombre de la Persona: : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- ☞ El nombramiento de un tutor para mi persona no le otorgará al tutor el poder de revocar, suspender o terminar esta Declaración.
- ☞ Con el nombramiento de un tutor; Yo autorizo al tutor a revocar, suspender o terminar esta Declaración.

## F. Ejecución

Adquiero esta Declaración Combinada del Cuidado de la Salud Mental y Poder Notarial en el \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.  
(mes) (año)

Mi Firma: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

Nombre del Testigo : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si el principal que hace esta Declaración es incapaz de firmarla, otro individuo con la dirección del principal puede firmar de su parte.

Firma de la persona que firma de mi parte: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona: : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Red para los derechos de personas con impedimentos en Pennsylvania 2008. Todos Derechos Reservados.



# PODER NOTARIAL DE SALUD MENTAL

Yo, \_\_\_\_\_, en plenas facultades mentales y con la capacidad para tomar decisiones sobre la salud mental, autorizo a mi agente designado al cuidado de mi salud para tomar ciertas decisiones por mí en cuanto al cuidado de mi salud mental. Si Yo no he expresado otra opción en este documento, Yo autorizo a mi agente a tomar la decisión que mi agente determine como la decisión que Yo tomaría si Yo estuviera competente para hacerlo.

Yo entiendo que el cuidado de la salud mental incluye todo tipo de cuidado, tratamiento, servicio, o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar o asegurar mi salud mental, incluyendo cualquier programa de medicación y tratamiento terapéutico. La terapia de Electrochoque puede ser administrada sólo si Yo he consentido en ello específicamente en este documento. Yo podré ser sometido a pruebas de laboratorio o investigación sólo si está específicamente estipulado en este documento. El cuidado de mi salud mental no incluye psico-cirugía o la terminación de los derechos de paternidad.

Yo entiendo que mi incapacidad será determinada mediante el examen de un psiquiatra y de uno de los siguientes médicos: otro psiquiatra, un psicólogo, mi médico de familia, el médico que me trata u otro profesional especializado en salud mental. Siempre y cuando sea posible, uno de los médicos a tomar esta decisión será un profesional que me atiende.

## A. Designación del agente

Yo por este medio designo y escojo a la siguiente persona como mi agente apoderado para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud mental por mí, como está autorizado en este documento.

Nombre de la persona designada: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Aceptación del agente:

Yo por este medio acepto ser designado como el agente al cuidado de la salud mental de (el nombre del principal).

Firma del agente: \_\_\_\_\_

## B. Designación de un agente alternativo

En caso que mi primer agente no esté disponible o sea incapaz o renuente de actuar como mi agente al cuidado de mi salud mental, Yo por este medio designo y escojo al siguiente individuo como mi agente alternativo al cuidado de mi salud mental para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud mental, como está autorizado en este documento.

Nombre de la persona designada: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo por este medio acepto ser designado como agente alterno al cuidado de la salud mental de (nombre del principal)

Firma del Agente Alterno: \_\_\_\_\_

### C. Cuándo este Poder Notarial entra en efecto

Este Poder Notarial entra en efecto bajo las siguientes circunstancias:

☞ Cuando se me juzgúe carente de entendimiento o capacidad suficiente para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud mental. Yo preferiría el/los doctor(es) siguientes para evaluar mi capacidad de tomar decisiones sobre mi salud mental:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

☞ Cuando se diagnostiquen las siguientes afecciones: (Lista de afecciones)

### D. Autoridad otorgada a mi agente en el cuidado de mi salud mental

Yo por este medio otorgo a mi agente poder y autoridad total para tomar decisiones sobre mi salud mental, consistentemente con las instrucciones y limitaciones antes declaradas en este Poder Notarial. Si Yo no he expresado una opción en este Poder Notarial, Yo autorizo mi agente a tomar la decisión que mi agente determine como la decisión que Yo tomaría si Yo fuera competente de hacerlo así.

#### Preferencia del Tratamiento

##### (a). Opción en la institución para el tratamiento

☞ En el caso que Yo requiera ser admitido en una institución de tratamiento psiquiátrico, Yo preferiría ser admitido en la siguiente institución:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

☞ En el caso que Yo requiera ser admitido a una institución de tratamiento psiquiátrico, Yo no quisiera ser admitido en la siguiente institución:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi médico podría admitirme en una institución que no es de mi preferencia.

**(b). Preferencias en cuanto a medicaciones para el tratamiento psiquiátrico.**

- ☞ Yo consiento en tomar los medicamentos con que mi agente esté de acuerdo después de consultar con mi médico de cabecera y otras personas que mi agente considere necesario.
- ☞ Yo consiento en tomar los medicamentos con que mi agente esté de acuerdo, con las siguientes excepciones, limitaciones, y/o preferencias:

Medicación	Razón de Excepción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo consiento en tomar los medicamentos siguientes con estas limitaciones:

Medicación	Limitación	Razón de Limitación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La excepción, limitación, o preferencia, se aplica a medicamentos genéricos, marcas registradas y equivalentes de nombre comerciales a menos que esté establecido de otra forma. Yo entiendo que las instrucciones de dosificación no comprometerán a mi médico.

- ☞ Mi agente no está autorizada a consentir el uso de ningún medicamento.

**(c). Preferencias con respecto a la terapia de electrochoque (ECT)**

- ☞ Mi agente está autorizado en consentir la administración de terapia de electrochoque.

**NOTE: Su agente NO CONSENTIRÁ en (ECT) a menos que usted ponga sus iniciales en esta autorización.**

- ☞ Mi agente no está autorizado en consentir la administración en la terapia de electrochoque.

**(d). Preferencias en estudios experimentales**

- ☞ Mi agente está autorizado en consentir mi participación en estudios experimentales si después de consultar con mi médico de cabecera y con otros individuos que mi agente considere apropiados, mi agente piensa que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos. **NOTE: Su agente NO CONSENTIRÁ participar en estudios experimentales a menos que usted ponga sus iniciales en esta autorización.**

- ☞ Mi agente no está autorizado a consentir en mi participación en estudios experimentales.

**(e). Preferencias con respecto a medicinas experimentales.**

- ☞ Mi agente está autorizado a consentir en mi participación en el uso de medicinas experimentales si después de consultar con mi médico de cabecera y con otros individuos que mi agente considere apropiados, mi agente piensa que los beneficios para mi persona son potencialmente más grandes que los riesgos.

**NOTE: Su agente NO CONSENTIRÁ en estudios que incluyan medicinas experimentales a menos que usted ponga sus iniciales en esta autorización.**

☞ Mi agente no está autorizado en consentir mi participación en el uso de medicinas experimentales.

**(f). Instrucciones o información adicional.**

Ejemplos de otras instrucciones o información que pueden ser incluidas:

Actividades que ayudan o empeoran los síntomas:

---

---

---

Tipos de intervención preferida en caso de una crisis:

---

---

---

Historial del estado físico y mental:

---

---

---

Requerimiento dietético:

---

---

---

Preferencias religiosas:

---

---

---

Custodia temporal de los niños:

---

---

---

Notificación familiar:

---

---

---

Limitaciones para sacar y revelar expedientes de salud mental:

---

---

---

Cuidado temporal y custodia de mascotas domésticas:

---

---

---

Otros asuntos de importancia:

---

---

---

## E. Revocación y Enmiendas

Este Poder Notarial puede ser revocado en su totalidad o en parte en cualquier momento, verbalmente o por escrito, mientras Yo no sea incapaz de tomar decisiones en el cuidado de mi salud mental. Mi revocación será efectiva al comunicárselo a mi médico de cabecera o a cualquier otro proveedor en el cuidado de mi salud mental, ya sea por mí o por un testigo de mi revocación, de la intención de revocar. Si Yo decido revocar una instrucción en particular contenida en este Poder Notarial en la manera especificada, Yo entiendo que las otras instrucciones contenidas en este Poder Notarial permanecerán efectivas hasta que:

- (1) Yo revoque este Poder Notarial en su totalidad;
- (2) Yo adquiriera una nueva Declaración Combinada de Salud Mental y Poder notarial; o
- (3) A los dos años a partir de la fecha de ejecución de este documento.

Yo puedo hacer cambios en este Poder Notarial en cualquier momento, mientras Yo tenga la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de salud mental. Cualquier cambio será notificado por escrito, firmado y atestiguado por dos individuos del mismo modo que el documento original fue ejecutado. Cualquier cambio será efectivo tan pronto como los cambios le sean comunicados a mi médico de cabecera o a otro proveedor en el cuidado de la salud mental, por mí, por mi agente, o por un testigo de mis enmiendas.

## F. Terminación

Yo entiendo que este Poder Notarial se terminará automáticamente a los dos años a partir de la fecha de ejecución, a menos que se me juzgue incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado en la salud mental en el momento en que esta Declaración expira.

## G. Preferencia en cuanto a un tutor designado por un tribunal.

Yo entiendo que Yo puedo, con la consideración de un tribunal, nombrar un tutor para mi persona si los procedimientos de incapacidad entran en vigencia bajo la ley 20 Pa. C.S. 5511. Yo entiendo que la corte designará un tutor de acuerdo con mi nombramiento más reciente excepto por causa de buena fe o descalificación. En caso que la corte decida nombrar un tutor Yo deseo que sea designada la persona siguiente:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☞ El nombramiento de un tutor para mi persona no le otorgara al tutor el poder de revocar, suspender o terminar este Poder Notarial.

☞ Con el nombramiento de un tutor; Yo autorizo al tutor a revocar, suspender o terminar este Poder Notarial.

## H. Ejecución

Adquiero este Poder Notarial en el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
mes año

Firma del Principal: \_\_\_\_\_

Nombre del Principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

Nombre del Testigo: : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si el principal que adquiere esta Declaración es incapaz de firmarla, otro individuo con la dirección del principal puede firmar de su parte.

Firma de la persona que firma de su parte: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_











