



Cómo completar el formulario de la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

(Actualizado en junio de 2021)

Instrucciones

La decisión de tener o no una **Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental (Declaración)** es **únicamente suya**.

Antes de llenar la **Declaración**, lea detenidamente el “AVISO PARA LAS PERSONAS QUE EFECTÚAN UNA Declaración PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL”, así como el “AVISO PARA MÉDICOS O PROVEEDORES”, los cuales se encuentran en las páginas 8 y 9 del formulario de la **Declaración**. Dichos avisos proporcionan información general sobre la **Declaración**.

Una vez efectuada la **Declaración**, ésta permanecerá vigente por tres años a menos que usted la anule. Al cabo de los tres años, perderá su validez. En ese entonces, deberá firmar una **Declaración** nueva. Si al cabo de los tres años usted carece de las facultades para firmar otra **Declaración**, la **Declaración** conservará su vigencia hasta que usted recobre sus facultades.

Si decide que no desea tener una **Declaración** o si desea cambiarla, puede hacerlo. Para anular la **Declaración**, usted informará a su médico, a su proveedor y a cualquier otra persona que tenga una copia de su **Declaración** que usted quiere anularla. Para no correr riesgos, hágalo por escrito u obtenga todas las copias de la **Declaración** y rómpalas. Tenga en cuenta que no podrá anular su **Declaración** si se ha determinado que no goza de sus facultades mentales plenas.

Si hay algo en este documento que no entienda después de haber leído los avisos y las instrucciones a continuación, pídale a un abogado que se lo explique.

Cómo llenar la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

Primero lo primero

En primer lugar, usted debe gozar de sus facultades mentales plenas para efectuar la **Declaración**. En segundo lugar, debe utilizar el formulario oficial. No puede efectuar la **Declaración** legal sin él. El formulario que se adjunta a estas instrucciones es oficial y será válido si usted lo llena correctamente y lo firma delante de testigos.

Para que el formulario sea válido y cobre vigencia debe:

- a. Indicar su nombre.
- b. Estar firmado y fechado por usted.
- c. Estar firmado y fechado por dos testigos que hayan estado presentes cuando usted firmó la **Declaración**. *Los testigos deben considerar que usted goza de sus.*
- d. Indicar sus instrucciones relativas al tratamiento de su.

Siga los pasos a continuación para validar legalmente la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental:

Paso 1. Nombre

Escriba a mano (letra imprenta) o a máquina su nombre, de forma legible, en la primera raya del formulario después de la palabra “Yo”.

Paso 2. Selección de la persona encargada de tomar decisiones

En la siguiente sección, usted debe elegir a una persona que tome decisiones por usted en caso de que usted no goce de sus facultades mentales plenas para dar su consentimiento respecto a tratamientos para su salud mental. Puede elegir a la persona que le tratará o a un “Representante”. Coloque sus iniciales en la raya junto a la opción que elija.

Si bien el formulario no lo dice, hay ciertas personas que no pueden ser sus “Representantes”. Entre las personas que NO PUEDEN ser sus “Representantes” se hallan:

- El propietario, administrador o empleado del centro de atención médica en el que usted resida o sea paciente, a menos que usted sea pariente de tal persona.
- Su médico, su proveedor de atención mental o un empleado de su médico o proveedor, a menos que usted sea pariente de tal persona.

Si usted no designa un “Representante” o si la persona que usted designa no acepta o se le descalifica para dicha designación, todas las demás instrucciones en la Declaración seguirán siendo válidas.

Paso 3. Representante designado

Si usted elige un “Representante”, llene los espacios en blanco con la información solicitada sobre dicha persona en la página 3 del formulario. Si opta por designar a un “Representante” suplente, llene la información respecto al “Representante” suplente en la misma página 3.

Paso 4. Indicaciones para el tratamiento de la salud mental

En la siguiente sección del formulario, titulada “INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL”, usted debe incluir sus instrucciones sobre el tratamiento para la salud mental que desea y no desea recibir. Sus indicaciones pueden incluir sus deseos respecto a medicamentos, ingresos y estadias en centros de tratamiento de la salud mental (durante no más de 17 días), terapia convulsiva, así como servicios ambulatorios. Esta sección consta de 3 sub secciones, las cuales se abordan en la presente sección de las instrucciones como Paso 4A, Paso 4B y Paso 4C.

Paso 4A. Tratamientos para la salud mental que usted autoriza

En la página 4 del formulario, bajo la sección “INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL” van las instrucciones sobre los tipos de tratamiento de salud mental que usted desea autorizar. Si usted desea que un proveedor o su “Representante” sigan instrucciones específicas, deberá colocar tales instrucciones en dicha sección.

- Si usted desea autorizar ciertos tipos de medicamentos, indíquelos de forma específica.
- Si desea autorizar cualquier medicamento que el médico recomiende, escriba: “I give consent for any medication that my doctor recommends for me” (Autorizo cualquier medicamento que me recomiende mi médico).
- Si desea restringir su autorización de manera alguna, tal como dosis máximas, o si desea que se tome en consideración cierta información como alergias que pueda tener, puede añadir estas instrucciones o información. Puede especificar afecciones limitaciones. Asimismo, puede indicar por qué ciertos medicamentos deben dosificarse de cierta manera.
- Si tiene un “Representante”, se supondrá que dicho “Representante” deberá autorizar la dosis y el tipo de medicamento.
- Si usted autoriza tratamiento de corto plazo como paciente interno, puede indicarlo. Por otra parte, puede indicar un centro y/o proveedor en particular que autorice para que le proporcione dicho tratamiento de corto plazo como paciente interno.
- Puede autorizar la terapia convulsiva la cual incluye electrochoques o terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés). Si desea decidir por adelantado sobre esta clase de tratamiento, puede hacerlo en esta sección o en el Paso 4B. Puede limitar el número o el tipo de tratamientos que autorice, o bien incluir una indicación para que dichas decisiones se consulten con su “Representante”.
- Si indica que autoriza todo tipo de tratamiento para la salud mental, no lo recibirá necesariamente. Primero, el médico deberá recomendar el tratamiento para su afección. Su autorización no otorga al médico el derecho de hacer recomendaciones inadecuadas.

Paso 4B. Tratamientos para la salud mental que usted no autoriza

El siguiente grupo de espacios que deberá llenar en el formulario, en la parte superior de la página 5, es para que incluya instrucciones sobre los tipos de tratamiento para la salud mental que usted no autoriza. Si usted desea que un proveedor o su “Representante” sigan instrucciones específicas, deberá colocar allí tales instrucciones. Tenga presente que podría tratarse sin su autorización si se le recluye en conformidad con la ley de confinamiento civil (civil commitment law) o si se encuentran en una situación de emergencia en la que su vida o salud corren peligro.

- Si usted no desea autorizar ciertos tipos de medicamentos o dosis, escriba: “I do not consent to the administration of the following medications:” (No autorizo la administración de los medicamentos siguientes:) e indique los nombre o los tipos de medicamentos que rechaza.
- Si se rehúsa a autorizar el consumo de todo medicamento, escriba: “I refuse to consent to taking all medications” (Me rehúso a autorizar el consumo de todo medicamento).
- Si desea explicar por qué rehúsa su autorización, puede hacerlo. Por ejemplo, puede corroborar su rechazo mediante la documentación de reacciones adversas, alergias o diagnósticos incorrectos a raíz de cierto medicamento y/o tratamiento de su salud mental que recibió.
- Si no desea autorizar tratamientos de corto plazo como paciente interno, puede indicarlo. Asimismo, puede indicar que no accede a algún centro y/o proveedor en particular para el tratamiento de corto plazo como paciente interno.
- Si no autoriza terapias convulsivas y desea tomar una decisión por adelantado sobre este tipo de tratamiento, el cual incluye electrochoques o ECT, puede indicarlo.

Paso 4C. Información adicional sobre su salud mental La parte superior de la página 6 es para que incluya información adicional sobre sus necesidades relacionadas al tratamiento para su salud mental. En esta sección puede incluir datos importantes relevantes a sus deseos con respecto al tratamiento de su salud mental. El formulario le pide que tome en consideración su historia clínica tanto física como mental; requisitos dietéticos; consideraciones de índole religiosa; personas a las cuales notificar y otros aspectos importantes. “Otros aspectos importantes” podrían incluir cualquier aspecto que se relacione con el tratamiento que usted considera podría mejorar su salud mental.

- Por ejemplo, usted puede indicar que cuando está realmente alterado, lo mejor para calmarse es sentarse en silencio en una habitación oscura, con la puerta abierta. Asimismo, puede indicar que lo peor para cuando está realmente alterado es que se le coloque en una habitación bajo llave. El médico no está obligado a seguir estas instrucciones, pero si el médico está al tanto de lo que surte efecto y de lo que no para usted, podría estar dispuesto a tratarle de acuerdo a sus deseos.
- Si a través de las experiencias vividas se da cuenta de que la participación regular en un centro comunitario de apoyo psiquiátrico (consumer run drop-in center) le brinda el mayor grado de alivio, solicite que su terapia incluya participación en un centro comunitario de apoyo psiquiátrico. Su elección no garantiza la disponibilidad de este tipo de programa.
- Si desea asegurar que se informe o no se informe a alguien cuando se encuentre usted en crisis o en el hospital, indíquelo.

Paso 5. Su firma

Firme y feche el formulario al pie de la página 6. Hágalo en presencia de dos testigos. Su firma debe aparecer en ese lugar para que la directiva sea válida.

Paso 6. Declaración solemne de testigos

Pídales a sus dos testigos que firmen y fechen el formulario en la sección titulada “**Declaración solemne de testigos**” de la página 7.

Ciertas personas NO PUEDEN ser testigos. Entre las personas que NO PUEDEN ser testigos se hallan:

- Su “Representante” o “Representante” suplente. Ninguna de las personas que usted designe en el Paso 2 (“Selección de persona encargada de tomar decisiones”) puede fungir de testigo.
- Los médicos o proveedores de atención mental que le estén tratando, ni los parientes de éstos. El administrador de su caso, los médicos que le atiendan mientras se encuentre en el hospital, su consejero ni su psiquiatra particular pueden actuar como testigos.
- El propietario o el administrador de la vivienda en la que usted reside ni los parientes de éstos. Por ejemplo, si usted reside en un hogar agrupado (group home), el propietario ni el personal del hogar agrupado pueden fungir de testigos. Lo mismo aplica al personal de centros de convalecencia, hogares de crianza temporal, pensiones y viviendas de cuidado, etc.
- Personas emparentadas con usted por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

Al firmar, los testigos afirman que:

- (1) *usted firmó la **Declaración**;*
- (2) *consideran que usted gozaba de sus facultades mentales plenas al momento de firmar el formulario y*
- (3) *consideran que usted no fue objeto de coacción, fraude ni influencia indebida.*

Paso 7. Firmas de otras personas

Si usted tiene un “Representante”, asegúrese de que dicho “Representante” haya firmado la aceptación de su designación en la página 7. Asimismo, si tiene un “Representante” suplente, asegúrese de que dicho “Representante” suplente haya firmado y fechado la aceptación de su designación en la página 7.

Paso 8. Entregue copias

Asegúrese de entregar copias del formulario listo a su médico, proveedor o centro del que espera necesitar tratamiento. Si designó a un Representante, cerciórese de que esta persona tenga también una copia. Sus instrucciones no pueden seguirse si no se sabe de su existencia.