
**¿Cómo puedo planificar
desde ahora el tratamiento
para mi salud mental que
deseo recibir si atravesase
por una crisis mental?**



**Guía para la Declaración para el
Tratamiento de la Salud Mental en Oregon
(Oregon's Declaration
for Mental Health Treatment)**

**Oregon
Health
Authority**

DIVISIÓN DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL

De solicitarse, este documento se facilitará en otro formato a las personas con discapacidades o en otro idioma, aparte del inglés, a personas con un nivel de inglés limitado. Para solicitar esta publicación en otro idioma o formato, comuníquese con AMH al 503-945-5763 o al 1-800-875-2863 (TTY, personas con problemas de audición).

Actualizado en diciembre de 2012

RECONOCIMIENTOS

Redactado en 1994 por:

Patricia Backlar

*Center for Ethics in Health Care (Centro de la ética en el sistema sanitario)
Oregon Health Sciences University*

Junta editorial:

Brett D. Asmann, M.A.

Coordinador de proyectos

Dra. Mary Alice Brown, Ph.D.

Dr. Roderick Calkins, Ph.D.

Nellie Fox-Edwards

Gary Cornelius

Dr. Lic. Theodore Falk, J.D., Ph.D.

Dr. Michael Garland, D.Sc. Rel.

Rex Surface, M.S.W.

Lic. Robett C. Joondeph, J.D.

Redacción de instrucciones

Dr. Richard C. Lippincott, M.D.

Sandra Millius

Linda O'Mallia, M.C.S.W, B.C.D.

Garrett Smith, M.PA

Gary Smith, MS

Dr. Stanley Sturges, M.D.

Agradecemos especialmente a los consumidores de servicios de salud mental que revisaron el texto y aportaron comentarios.

Actualizado en 2002 por:

Lic. Robert C. Joondeph, J.D., *Oregon Advocacy Center*

(Centro de Defensoría de Oregon)

Lic. Jan E. Friedman, J.D., *Oregon Advocacy Center*

Bob Nikkel, *Office of Mental Health and Addiction Services*

(Oficina de Servicios de Salud Mental y Adicciones)

Jamie Rockwell, *Office of Mental Health and Addiction Services*

Modificado en diciembre de 2012

RESPUESTAS A PREGUNTAS

Cómo planificar el tratamiento de la salud mental

¿Puedo planificar desde ahora el tratamiento para mi salud mental que desee recibir si atravesase por una crisis?

Sí. Puede hacer planes desde ahora para cuando no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones respecto al tratamiento de su salud mental.

¿Cómo puedo planificar por adelantado?

Oregon cuenta con un formulario que usted puede llenar y firmar ahora para protegerse cuando atraviese por una crisis y no pueda tomar sus propias decisiones respecto a tratamientos. A este formulario se le conoce como **Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental**.

¿Quién decide si no estoy en condiciones de tomar mis propias decisiones respecto a tratamientos?

Únicamente un tribunal o dos médicos pueden determinar si usted no goza de las facultades necesarias para entender o tomar decisiones respecto al tratamiento de su salud mental.

*La **Declaración** se usa únicamente si usted carece de la facultad para entender y tomar decisiones respecto al tratamiento de su salud mental.*

¿Qué tipo de planificación me permite hacer por adelantado la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental en Oregon?

Usted puede tomar decisiones respecto a la atención de su salud mental en un futuro. Puede describir el tipo de atención que desea recibir. Asimismo, puede describir el tipo de atención que no desea recibir.

Por otra parte, puede proporcionar información adicional sobre sus necesidades relacionadas al tratamiento para su salud mental.

*Es importante que prepare esta parte de la **Declaración** con detenimiento. Sería recomendable que trate esta sección con su médico o proveedor de atención mental.*

¿Puedo pedirle a alguien que hable por mí cuando atraviese yo por una crisis y no pueda hacerlo por mí mismo?

Sí. Usted puede elegir a una persona adulta para que le represente. Esta persona debe ser alguien de su entera confianza y que esté en condiciones de tomar decisiones sobre su salud mental cuando usted mismo no pueda hacerlo. Claro está que la persona que usted elija debe acceder a hacerlo.

En la **Declaración** la persona que usted elige se denomina Representante.

¿Tengo que elegir a alguien que sea abogado?

No.

¿Puede mi representante tomar decisiones respecto al tratamiento de mi salud mental que cambien mis propios deseos sobre mi tratamiento?

No. Su representante *debe* respetar sus deseos. Es importante que converse con su representante sobre sus deseos.

Incluso si usted no ha dado a conocer sus deseos, su representante debe tomar decisiones que se asemejen lo más posible al tipo de decisión que usted tomaría si estuviese en condiciones de hacerlo.

Su médico no tiene la obligación de darle el medicamento que usted eligió en su **Declaración** si el médico considera que no es bueno para usted. Sin embargo, su médico debe obtener el permiso de su representante para darle cualquier medicamento que *no aparezca* en la **Declaración**.

Por eso es muy importante que elija a alguien que le conozca a usted bien y que sea de su entera confianza.

¿Cómo puedo cerciorarme de que se seguirán mis instrucciones?

Para que se sigan sus instrucciones, usted o su representante *deben* entregar copias de su **Declaración** llenada a su médico o proveedor de atención mental. Su representante debe conservar una copia, ¡y es recomendable que usted también conserve una!

¿Pueden cambiarse mis instrucciones por algún motivo?

Tenga usted o no una copia firmada de la **Declaración**, si se encuentra en reclusión psiquiátrica de emergencia (emergency psychiatric hold), o si ha sido internado en una institución psiquiátrica por orden de un tribunal, su médico podría darle medicamentos que usted no desee. Su médico sólo puede hacer esto ciñéndose a pautas legales muy estrictas.

Si completo y firmo una Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental, ¿tendrá validez para siempre?

No. Una **Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental** firmada tiene solamente 3 años de validez y debe renovarse. Sin embargo, si usted perdiese las facultades para tomar decisiones respecto al tratamiento de su salud mental durante esos 3 años, la **Declaración** seguiría siendo válida hasta que usted recobre sus facultades —independientemente del tiempo que ello tome— para tomar sus propias decisiones.

¿Puedo cambiar mis instrucciones escritas para el tratamiento de mi salud mental o anular la Declaración?

Sí. Siempre y cuando usted goce de las facultades para entender la información que se le proporcione sobre las decisiones que puede tomar para el tratamiento de su salud mental, puede cambiar las instrucciones escritas sobre el tratamiento de su salud mental o anular la **Declaración**.

Claro está que para asegurar que se cumplan sus deseos, usted *debe* entregar a su médico o proveedor de atención mental una nueva **Declaración** que incluya los cambios que usted desea realizar.

Sin embargo, si un tribunal o dos médicos determinan que usted no goza de *las facultades para entender las opciones para el tratamiento de su salud mental y no está en condiciones de tomar decisiones sobre dicho tratamiento*, usted no podrá cambiar las instrucciones escritas ni anular la **Declaración** hasta que recobre sus facultades para entender las opciones para su tratamiento.

No obstante, es justamente para este tipo de situación que se indican los deseos para un futuro en la **Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental**: *Usted quiere protegerse para cuando atraviese por una crisis y no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones respecto a su tratamiento.*

Si me mudo fuera del estado de Oregon, ¿seguirá siendo válida mi Declaración?

Todo depende del estado al que vaya. Cada estado tiene sus propias reglas.

¿Puede alguien obligarme a efectuar una Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental?

No. *Nadie*, ni las compañías de seguros, ni los médicos, ni los proveedores de atención mental, ni ninguna otra persona pueden si quiera intentar obligarle a efectuar una **Declaración**. Usted debe llenar y firmar la **Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental** *por voluntad propia*.

Los testigos que firmen la **Declaración** deben ser personas que usted conozca y en quienes confíe. Dichas personas pueden constatar que usted firmó por voluntad propia, *sin que nadie le haya obligado*.

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 facultades mentales plenas al momento de firmar el formulario.*
- d. Indicar sus instrucciones relativas al tratamiento de su salud mental.

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:

- ▶ Su médico, su proveedor de atención mental o un empleado de su médico o proveedor, a menos que usted sea pariente de tal persona.
- ▶ 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.

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 estadías 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 o 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 tratársele 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.

Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

Atención: El presente es un documento legal que contiene información importante sobre las preferencias o instrucciones en términos de tratamiento de la salud mental de la persona afectada.

Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

Yo, _____, siendo una persona adulta con pleno goce de mis facultades mentales, efectúo, de forma voluntaria, esta **Declaración** para el tratamiento de mi salud mental. Quiero que esta **Declaración** se siga si el tribunal o dos médicos determinasen que no gozo de las facultades necesarias para tomar mis propias decisiones debido a que mi habilidad para recibir y evaluar información de forma efectiva o para comunicar decisiones se ve menoscabada al grado de carecer yo la facultad para rechazar o autorizar tratamiento para mi salud mental. Por “tratamiento de la salud mental” se entiende el tratamiento de enfermedades mentales con psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período de hasta 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios que se indiquen en esta **Declaración**.

Selección de persona encargada de tomar decisiones

Si perdiese la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para el tratamiento de mi salud mental, quiero que tales decisiones sean tomadas por:
(COLOQUE SUS INICIALES SÓLO JUNTO A UNA OPCIÓN)

- _____ El Representante que he designado, de forma congruente con mis deseos o, si mi Representante desconoce mis deseos, de manera que mi Representante considere es lo mejor para mí.

- _____ Por el proveedor de mi tratamiento de salud mental quien requiere de mi consentimiento para poder tratarme, pero sólo según lo autorizado de forma específica en la presente **Declaración**.

Representante designado

Si opto por designar un Representante para que tome decisiones por mí sobre el tratamiento de mi salud mental cuando no me encuentre en condiciones yo de hacerlo, indico a tal persona aquí. Asimismo, puedo designar un Representante suplente. Cada persona que designe debe aceptar la designación para poder fungir como tal. Entiendo que no tengo la obligación de designar un Representante para poder efectuar la **Declaración**.

Mediante el presente designo a: NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

para que funja como mi Representante y tome decisiones respecto al tratamiento de mi salud mental si perdiese yo la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para tal tratamiento.

(OPCIONAL)

Si la persona designada arriba indicada se rehusase a actuar en mi nombre o no pudiese hacerlo, o si yo anulase la autoridad de dicha persona para que funja como mi Representante, autorizo a la persona siguiente para que funja como mi Representante:

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

Mi Representante cuenta con mi autorización para tomar decisiones que sean congruentes con los deseos que he expresado en la presente **Declaración** o, de no haberlos expresado, en conformidad con lo que mi Representante sepa. Si mis deseos no han sido expresados y mi Representante no está al tanto de ellos, mi Representante actuará según lo que considere es mejor para mí. Asimismo, mi Representante cuenta con mi autorización para recibir información sobre el tratamiento de salud mental que se proponga y para recibir y revisar los expedientes médicos que se relacionen con mi tratamiento, así como para autorizar su divulgación.

Indicaciones para el tratamiento de la salud mental

La presente **Declaración** me permite expresar mis deseos respecto a tratamientos para la salud mental, entre ellos psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período no mayor de 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios.

Si perdiese la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para el tratamiento de mi salud mental, deseo lo siguiente: **AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS DE LA SALUD MENTAL SIGUIENTES:** (Puede incluir diversos tipos y dosis de medicamentos, tratamiento de corto plazo como paciente interno, un proveedor o centro preferido, transporte a un proveedor o centro, terapia electroconvulsiva u otros tratamientos ambulatorios.)

NO AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS DE LA SALUD MENTAL SIGUIENTES: (Considere incluir las razones, tales como reacciones adversas o alérgicas o diagnósticos incorrectos en el pasado. Tenga presente que podría tratarse sin su autorización si se le recluye en conformidad con la ley de confinamiento civil.)

Declaración solemne de testigos

Declaro solemnemente que la persona que firma esta **Declaración**:

- a. Es conocida mía;
- b. Firmó o certificó su firma en la presente **Declaración** ante mí;
- c. Parece gozar de sus facultades mentales plenas y no ser objeto de coacción, fraude o influencia indebida;
- d. No está emparentada conmigo por vínculos de sangre, matrimonio o adopción;
- e. No es paciente ni residente de un centro del cual soy propietario o administrador ni del cual es propietario o administrador un pariente mío;
- f. No es paciente mío y no recibe servicios de atención mental de mi persona ni de un pariente mío y
- g. No me ha designado como su Representante en el presente documento.

Testigos:

[Firma del testigo (Nombre del testigo en letra imprenta)/Fecha]

[Firma del testigo (Nombre del testigo en letra imprenta)/Fecha]

Aceptación de su designación como Representante

Acepto esta designación y acepto fungir como Representante para tomar decisiones respecto al tratamiento de la salud mental. Entiendo que debo actuar de forma congruente con los deseos de la persona que represento, según lo expresado en la presente **Declaración** o, de no haberse expresado, en conformidad con lo que yo sepa. Si desconozco los deseos de la persona que represento, tengo la obligación de actuar según lo que considere, de buena fe, sea lo mejor para ella. Entiendo que este documento me otorga la autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de la salud mental únicamente cuando un tribunal o dos médicos determinen que la persona no se encuentra en condiciones de tomar tales decisiones. Entiendo que la persona que me designó puede anular esta **Declaración**, en parte o en su totalidad, comunicando tal anulación al médico a cargo (attending physician) o a otro proveedor cuando la persona goce de sus facultades plenas.

[Firma del Representante (nombre en letra imprenta) y fecha]

[Firma del Representante suplente (nombre en letra imprenta) y fecha]

Aviso para las personas que efectúan una Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

El presente es un documento legal importante. Crea una declaración para el tratamiento de la salud mental. Antes de firmarlo, lea los importantes aspectos a continuación:

El presente documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre ciertos tipos de tratamientos para la salud mental: psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período no mayor de 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios. Los servicios ambulatorios son servicios de atención mental prestados, con cita, por profesionales y programas licenciados. Las instrucciones que usted incluya en la declaración se seguirán únicamente si un tribunal o dos médicos consideran que usted carece de sus facultades para tomar decisiones sobre su tratamiento. De otro modo, se considerará que goza de las facultades para dar o para abstenerse de dar su consentimiento para los tratamientos. Sus instrucciones pueden ser invalidadas si se le ha recluido en conformidad con la ley de confinamiento civil.

Asimismo, usted puede designar un Representante para que tome decisiones por usted si perdiese usted la facultad de hacerlo. La persona que usted designe tiene la obligación de actuar de forma congruente con los deseos que usted haya indicado en el presente documento o, de no haberlos indicado, en conformidad con lo que el Representante sepa. Si su Representante desconoce sus deseos, deberá tomar decisiones según lo que considere es mejor para usted. Para que la designación sea válida, la persona que designe debe aceptar la designación por escrito. Por otra parte, la persona tiene el derecho de claudicar a su función como su Representante en cualquier momento. Al “Representante” también se le conoce como “apoderado” (attorney-in-fact) en la ley estatal, pero la persona no tiene que ser abogado.

El presente documento permanecerá vigente por tres años a menos que usted pierda la facultad para participar en decisiones relativas al tratamiento de su salud mental. De ser éste el caso, la directiva seguirá siendo vigente hasta que usted recobre su facultad.

Usted tiene el derecho de anular el presente documento, en su totalidad o en parte, en cualquier momento siempre y cuando no se haya determinado que carece de sus facultades mentales. ***usted no PUEDE ANULAR LA PRESENTE Declaración si UN TRIBUNAL O DOS MÉDICOS determinan que no goza de sus facultades mentales plenas.*** La anulación cobra vigencia cuando se comunica al médico a cargo o a otro proveedor.

Si hay algo en este documento que no entienda, pídale a un abogado que se lo explique. La declaración no será válida a menos que haya sido firmada por dos testigos calificados que sean conocidos suyos y que estén presentes al momento de usted firmar o certificar su firma.

Aviso para médicos o proveedores

Según las leyes de Oregon, la persona puede utilizar esta declaración para autorizar tratamiento de su salud médica o para designar un Representante que tome decisiones relativas al tratamiento de la salud mental cuando la persona no goce de sus facultades para tomar tales decisiones. Se considera que la persona “no goza de sus facultades” cuando, según la opinión de un tribunal o de dos médicos, la habilidad de la persona para recibir y evaluar información de forma efectiva o para comunicar decisiones se ve menoscabada al grado de carecer de la facultad para tomar decisiones para el tratamiento de su salud mental. Este documento cobra vigencia al entregarse al médico o a otro proveedor de la persona y permanece válido hasta que sea anulado o se venza. Al recibir la presente declaración, el médico o proveedor debe añadirla al expediente médico de la persona. Al actuar bajo la autoridad otorgada por la declaración, el médico o proveedor deben ceñirse a ésta en la medida de lo posible. Si el médico o proveedor no están dispuestos a ceñirse a la declaración, el médico o proveedor pueden dejar de proporcionar tratamiento en base a su juicio profesional y deben notificarlo de inmediato a la persona y al Representante de ésta y documentar la notificación en el expediente médico de la persona. El médico o proveedor que proporcione o no proporcione tratamiento para la salud mental en conformidad con la declaración basándose, de buena fe, en la validez de la misma, no están sujetos a procesos penales, responsabilidad civil ni acciones profesionales disciplinarias que resulten de un fallo posterior de la invalidez de la declaración.

La presente guía para la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental en Oregon fue desarrollada en conformidad con los Estatutos modificados de Oregon (ORS) 127.700 al 127.736.

Para obtener información adicional, comuníquese con:

Addictions and Mental Health Division
(División de Adicciones y Salud Mental)
500 Summer Street NE, E-86
Salem, Oregon 97301-1118
503-945-5763

NAMI-Oregon
4701 SE 24th Street, Suite E
Portland, Oregon 97202
503-230-8009 ó 1-800-343-6264

Disability Rights Oregon
610 SW Broadway, Suite 205
Portland, Oregon 97205
503-243-2081

Le sugerimos que llene esta tarjeta y la coloque en su cartera.

Emergency Medical Information	
Name: _____	
I have written a Declaration for Mental Health Treatment which is on file at:	

Immediately contact my Representative at:	
_____	_____
Name	Phone
or Alternate Representative at:	
_____	_____
Name	Phone
<hr/>	
Información médica de emergencia	
Nombre: _____	
He escrito una Declaración para el Tratamiento de mi Salud Mental la cual está archivada en	

Comuníquese de inmediato con mi Representante al	
_____	_____
Nombre	Teléfono
o Representante suplente al:	
_____	_____
Nombre	Teléfono

Estado de Oregon
Autoridad de Salud de Oregon
Servicios de Salud
División de Adicciones y Salud Mental

Estado de Oregon

Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

Fecha _____



Si gusta, puede fotocopiar y repartir este panfleto.