

División de Servicios de Salud Mental

***Formularios
de Directrices Anticipadas
Psiquiátricas***

2008

Instrucciones e información

(1) Este documento se llama directrices anticipadas para la atención de la salud mental y le permite tomar decisiones con antelación acerca de su tratamiento de salud mental, incluyendo medicaciones y admisión voluntaria en tratamiento con internamiento y terapia electro-convulsiva.

NO TIENE QUE COMPLETAR NI FIRMAR ESTE FORMULARIO. SI NO FIRMA Y FECHA ESTE FORMULARIO, O SI NO TIENE UN TESTIGO APROPIADO, NO ENTRARÁ EN VIGOR. SI LO FIRMA, LO FECHA Y TIENE UN TESTIGO APROPIADO, ENTRARÁ EN VIGOR CUANDO UN MÉDICO O UNA ENFERMERA DE PRÁCTICA ANTICIPADA DOCUMENTE QUE USTED ES INCOMPETENTE PARA TOMAR DECISIONES SOBRE SU TRATAMIENTO.

Si decide completar y firmar este documento, todavía podrá decidir dejar algunas cosas en blanco.

El testigo no puede ser su representante nombrado de atención de salud mental ni tampoco el profesional que lo esté tratando en la actualidad. Si solamente hay un testigo, esa persona podría ser cualquiera excepto un familiar o alguien con quien usted viva, cualquier persona que tenga derecho actualmente a una parte de su fortuna, o el operador de su residencia de congregación si es que vive en una (hogar de grupo o pensión, por ejemplo).

(2) Tiene el derecho de nombrar a una persona para que sea su representante de asistencia de salud mental para tomar decisiones de tratamiento por usted. Debe notificar a su representante que usted lo ha nombrado, y debe darle una copia de este documento y de todas las revisiones que haga al mismo. Si lo revoca o lo cambia, también debe decírselo al representante. La persona que usted nombre tiene la obligación de actuar de manera consistente con los deseos que usted le comunicó. Si su agente no sabe desconoce sus deseos, él tiene la obligación de actuar según lo que sea mejor para usted. Su representante tiene el derecho de renunciar a su nombramiento en cualquier momento.

(3) Las instrucciones que usted incluya en estas directrices anticipadas y la autoridad que usted le dé a su representante para actuar solamente entrarán en vigor si usted se vuelve incompetente para tomar una decisión sobre su asistencia médica. Los proveedores de su tratamiento deben buscar el consentimiento informado suyo en todo momento siempre que sea requerido y si usted es capaz de dar un consentimiento informado.

(4) Usted tiene el derecho de revocar este documento por escrito en cualquier momento que tenga capacidad.

USTED PUEDE REVOCAR O CAMBIAR ESTAS DIRECTRICES CUANDO ESTÉ INCAPACITADO A MENOS QUE HAYA ESTIPULADO ESPECÍFICAMENTE EN ESTAS DIRECTRICES QUE USTED NO DESEA PODER REVOCARLAS NI CAMBIARLAS CUANDO ESTÉ INCAPACITADO. SI LAS REVOCA CUANDO

ESTÉ INCAPACITADO, LOS PROFESIONALES A CARGO DE SU TRATAMIENTO DISPONDRÁN LO QUE SEA, A JUICIO SUYO, EL MEJOR TRATAMIENTO MÉDICO Y SUS DESEOS, AQUÍ EXPRESADOS, NO TENDRÁN NINGÚN EFECTO VINCULANTE LEGAL EN ELLOS. ELLOS NO TENDRÁN LA AUTORIDAD DE PONERSE EN CONTACTO CON SU REPRESENTANTE DE SALUD MENTAL Y SU REPRESENTANTE NO TENDRÁ LA AUTORIDAD DE TOMAR DECISIONES A FAVOR SUYO.

SI USTED ESTÁ INTERNADO EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CUANDO EXPRESE UN DESEO DE REVOCAR O CAMBIAR SUS DIRECTRICES, EL MÉDICO DETERMINARÁ SI USTED ES CAPAZ DE TOMAR DICHA DECISIÓN EN DICHO MOMENTO, Y LA REVOCACIÓN NO TENDRÁ LUGAR SI USTED NO ES CAPAZ DE REVOCAR O MODIFICAR LAS DIRECTRICES.

(5) Usted tiene la elección de especificar o no una fecha de vencimiento. Si usted especifica una fecha de vencimiento y está incapacitado en el momento en que vence, ésta permanecerá en vigor hasta que usted vuelva a tener la capacidad de tomar decisiones de tratamiento.

(6) Usted no puede usar las directrices anticipadas para consentir a un compromiso civil. Los procedimientos que se aplican en sus directrices anticipadas son diferentes de los dispuestos en la New Jersey Screening and Commitment Law (N.J.S.A. 30:4-27.1 et seq.) (Ley de Examen y Compromiso de Nueva Jersey). Sin embargo, usted puede nombrar a un representante para que consienta a su compromiso voluntario en condiciones particulares.

(7) Si hay algo en estas directrices que usted no entienda, debe preguntar a alguien en quien confíe para que se lo explique. Los intercesores de New Jersey Protection and Advocacy (Protección y Defensa de Nueva Jersey) se alegrarán de poder dirigirle o ayudarlo. Puede ponerse en contacto con ellos por teléfono llamando al (609) 292-9742, (800) 922-7233 (si llama desde Nueva Jersey), (609) 633-7106 (TTY), o por correo electrónico en advocate@njpanda.org.

(8) Debe saber que hay algunas circunstancias en las que su proveedor no podrá seguir sus directrices. Si el proveedor no puede dar el tratamiento que usted pidió, o si no sería legal, ético o buena práctica médica dar el tratamiento que usted pidió, el proveedor podrá negarle el tratamiento y sustituirlo según su mejor juicio médico, pero solamente con la aprobación del hospital o la junta de ética de la agencia. Si el proveedor no sigue sus directrices, usted y su representante de salud mental tendrán notificación y una oportunidad de protestar contra dicha decisión.

(9) Debe discutir las decisiones de su tratamiento de sus directrices con su proveedor.

(10) puede registrar sus directrices con el estado completando la última página del formulario adjunto y enviando el original de esa página y una copia de las directrices anticipadas a: DMHS Registry, P.O. Box 727, 50 E. State Street, Trenton, NJ 08625-

0727. Si registra sus directrices, DMHS le enviará una contraseña que le permitirá a usted o a cualquiera con su nombre y esa contraseña ver las directrices en el Internet. Sus directrices también estarán disponibles para los profesionales de la salud mental que hayan solicitado acceso al registro y para aquéllos a los que usted dé su nombre y número de seguro social.

ÉSTE ES EL ÚNICO FORMULARIO POSIBLE. TODO FORMULARIO DE DIRECTRICES FIRMADO, FECHADO Y CON TESTIGO APROPIADO (VÉANSE LAS INSTRUCCIONES) SERÁ ACEPTADO Y SATISFECHO POR LOS PROFESIONALES Y HOSPITALES DE SALUD MENTAL DE NUEVA JERSEY.

Declaración del Representante de Atención de Salud Mental

Yo, _____, siendo mayor de edad y de sano juicio, hago esta declaración voluntariamente para el tratamiento de salud mental. Deseo que esta declaración sea respetada si me vuelvo incompetente, tal como lo definen las leyes de Nueva Jersey 26:2H-108. Nombro a _____ mi agente para todos los asuntos relacionados con mi salud mental incluyendo, sin limitación, poder pleno para dar o negar su consentimiento a la asistencia médica relacionada con mi condición de salud mental. Si mi agente no puede o no está dispuesto a ser o continuar siendo mi agente, nombro a _____ como mi agente. Si mi agente no puede o no está dispuesto a ser o continuar siendo mi agente, nombro a _____ como mi agente. Deseo que mi agente tome decisiones para mi tratamiento de salud mental que sean consistentes con mis deseos tal como están expresados en este documento o, si no estuviesen expresados específicamente, tal como los conoce mi agente.

Si mi agente no conociese mis deseos, deseo que mi agente tome decisiones referentes a mi atención de salud mental que sean consistentes con lo que mi agente crea de buena fe que es lo mejor para mí. Autorizo también a mi agente a recibir información referente al tratamiento de salud mental propuesto y a recibir, revisar y consentir a la divulgación de informes médicos relacionados con dicho tratamiento.

Específicamente autorizo a mi representante a recibir información sobre mi tratamiento de VIH/SIDA y sobre el diagnóstico y tratamiento de abuso de alcohol y fármacos si corresponde y es relevante. _____ (ponga sus iniciales)

Esta declaración me permite exponer mis deseos referentes al tratamiento de salud mental y medicaciones, admisión y retención en una clínica de salud para el tratamiento de salud mental y servicios ambulatorios. (ponga sus iniciales en uno de lo siguiente)

_____ Este nombramiento de representante de asistencia de salud mental es irrevocable si bajo las leyes de Nueva Jersey 26:2H-108 se considera que me falta la capacidad para consentir directamente a mi atención de salud.

_____ Puedo revocar este nombramiento de representante de asistencia de salud mental en cualquier momento.

Si desea completar directrices de instrucciones, continúe en la página 2. De lo contrario, pase a la sección de la firma en la página 5. Directrices de Instrucciones de Salud Mental

Lo siguiente son mis deseos referentes a mi tratamiento de salud mental si me vuelvo incompetente.

Preferencias e instrucciones acerca de los médicos u otros profesionales que participarán en mi tratamiento

Me gustaría que los médicos nombrados a continuación participen en las decisiones de mi tratamiento:

_____ Información de contacto _____

_____ Información de contacto _____

No deseo ser tratado por _____ (clínica o profesional)

Preferencias e instrucciones sobre otros proveedores

Estoy recibiendo otro tratamiento o atención de proveedores que creen que influyen en mi atención de salud mental. Me gustaría que se contactara con los siguientes proveedores de tratamiento cuando entren en vigor estas directrices:

Nombre _____ Información de contacto _____

Nombre _____ Información de contacto _____

Preferencias e instrucciones sobre medicaciones para el tratamiento psiquiátrico

___ Consiento y autorizo a mi representante de asistencia de salud mental, si está nombrado en la página 1, a que consienta en la administración de las siguientes medicaciones:

___ No consiento ni autorizo a mi representante de asistencia de salud mental a que consienta en la administración de cualquiera de las siguientes medicaciones:

_____ Estoy dispuesto a tomar las medicaciones que excluí anteriormente si mi única razón para excluirlas son los efectos secundarios:

_____ y si estos efectos secundarios se pueden eliminar ajustando la dosis o por otros medios.

_____ Estoy dispuesto a probar otras medicaciones que me recomiende el médico del hospital

_____ Estoy dispuesto a probar otras medicaciones que me recomiende el médico de pacientes ambulatorios

_____ No estoy dispuesto a probar otras medicaciones.

Preferencias sobre hospitalización voluntaria y alternativas:

Al poner aquí mis iniciales, consiento a dar a mi representante el poder de ingresarme en un programa psiquiátrico de hospitalización total o parcial durante y hasta _____ días:

_____ (ponga aquí sus iniciales si consiente)

Me gustaría que se probaran las siguientes intervenciones antes de considerar la hospitalización voluntaria: _____ Llamar a alguien o hacer que alguien que me llame cuando sea necesario. (Nombre: _____, número de teléfono: _____)

_____ Quedarme durante la noche en una cama de respiro (temporal) en una crisis.

_____ Hacer que un proveedor de asistencia de salud mental venga a verme.

_____ Quedarme durante la noche con un amigo: _____

_____ Ver a un proveedor de asistencia de salud mental para ayudar con las medicaciones

_____ Otro: _____

Si es necesaria la hospitalización, prefiero el(los) siguiente(s) hospital(es):

Preferencias sobre intervenciones de urgencia

Me gustaría que se probaran las siguientes intervenciones antes de considerar mi reclusión o internamiento (marque todo lo que corresponda)

- “Hacerme callar” cara a cara
- Más medicación
- Aislamiento/privacidad
- Muestra de autoridad/fuerza
- Cambiar mi atención a otra cosa
- Fijar límites firmes en mi comportamiento
- Ayudarme a discutir/desahogar mis sentimientos
- Disminuir la estimulación
- Otro: _____

Si se determina que estoy comportándome de manera tal que es necesaria mi reclusión, inmovilización física y/o el uso urgente de medicación, prefiero estas intervenciones en el orden elegido (elijo "1" como primera opción, "2" como segunda opción, y así en adelante)

- Reclusión Reclusión e inmovilización física (combinadas)
- Medicación mediante inyección Medicación en pastillas o jarabe

En el caso de que el médico que me atiende decida emplear medicación para responder a una situación de emergencia después de la debida consideración de mis preferencias e instrucciones para los tratamientos de emergencia anteriormente indicadas, espero que la opción de medicación refleje alguna de las preferencias e instrucciones que he expresado en este formulario. Las preferencias e instrucciones que expreso en esta sección referentes a la medicación en situaciones de emergencia no constituyen consentimiento para emplear la medicación para un tratamiento que no sea de emergencia.

Preferencias e instrucciones sobre la terapia electro-convulsiva

(TEC o Terapia de Electroshock)

Deseo que mi representante de asistencia de salud mental pueda consentir a la terapia electro-convulsiva a su exclusiva discreción.

Deseo que mi representante de asistencia de salud mental pueda consentir a la terapia electro-convulsiva si muestro los siguientes síntomas:

No autorizo a mi representante a consentir a la terapia electro-convulsiva.

Vencimiento

Estas directrices anticipadas para la asistencia de salud mental se hacen según los P.L 2005, ch 233 de las leyes de Nueva Jersey y continúan en vigor para todos aquéllos en los que pueda confiar excepto para aquéllos a los que les haya dado aviso de su revocación según el NJSA 26:2H-106 d. (1). Si no revoco las directrices, éstas vencerán el _____, 20___. (déjelo en blanco si no desea que venzan)

Firmas

He completado voluntariamente estas directrices anticipadas para la asistencia de salud mental.

_____ (firma del declarante)

Dirección del representante de asistencia de salud mental:

Número de teléfono del representante de asistencia de salud mental

Dirección(es) del(de los) representante(s) alternativo(s) de asistencia de salud mental

Número(s) de teléfono del(de los) representante(s) alternativo(s) de asistencia de salud mental

Ratificación del primer testigo (requerido):

Afirmo que la persona que firma estas directrices avanzadas de asistencia de salud mental:

1. La conozco personalmente.
2. Firmó esta declaración en mi presencia.
3. Parece ser una persona de sano juicio y no estar bajo coacción, fraude ni indebida influencia.
4. No es pariente mío de sangre ni por matrimonio ni adopción.
5. No es una persona a la que le presto directamente servicios de asistencia médica como profesional.
6. No me ha nombrado agente para tomar decisiones médicas en su nombre.

Testificado por:

_____, 20___ (firma y fecha)

Afirmación del segundo testigo: (se necesitan dos testigos si el primero es familiar del declarante, tiene derecho a alguna parte de la fortuna del declarante o es el operador, administrador o empleado de una casa de internamiento o clínica residencial de salud en la que reside el declarante)

Afirmo que la persona que firma estas directrices avanzadas de asistencia de salud mental:

1. La conozco personalmente.
2. Firmó esta declaración en mi presencia.
3. Parece ser una persona de sano juicio y no estar bajo coacción, fraude ni indebida influencia.
4. No es pariente mío de sangre ni por matrimonio ni adopción.
5. No es una persona a la que le presto directamente servicios de asistencia médica como profesional.
6. No me ha nombrado agente para tomar decisiones médicas en su nombre.

Testificado por: _____, 20__ (firma y fecha)

Aceptación del nombramiento de agente: (opcional)

Acepto este nombramiento y acuerdo prestar servicios de agente para tomar las decisiones de tratamiento de salud mental para el mandatario. Entiendo que debo actuar de acuerdo con los deseos de la persona a la que represento, tal como están expresados en este poder de abogado de asistencia de salud mental, o si no estuviesen expresados, de acuerdo con los que conozco. Si no conociese los deseos del mandatario, tengo el deber de actuar de buena voluntad haciendo lo que crea que será lo mejor para esta persona. Entiendo que este documento me da la autoridad de tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental solamente mientras esta persona se encuentre incapacitada, según la definición de dicho término en NJSA 26:2H-109.

_____ firma del representante principal de asistencia de salud mental

_____ nombre escrito en letras de molde del representante principal de asistencia de salud mental

_____ firma del primer representante alternativo de asistencia de salud mental

_____ nombre escrito en letras de molde del primer representante alternativo de asistencia de salud mental

_____ firma del segundo representante alternativo de asistencia de salud mental

_____ nombre escrito en letras de molde del segundo representante alternativo de asistencia de salud mental

Revocación

Complete esta sección si desea revocar totalmente estas directrices. También puede revocar o modificar las directrices firmando un nuevo documento. Si así lo hace, debe comunicárselo a su representante de asistencia de salud mental y reemplazar los documentos antiguos con las nuevas directrices. Si revoca estas directrices, ya no tendrán ningún efecto legal en su tratamiento.

_____ Revoco las directrices anticipadas de salud mental que firmé el _____, 20__ en su totalidad. _____
(firma) (fecha)

Registro

Por la presente envío para su registro unas nuevas directrices anticipadas de salud mental a la División de Servicios de Salud Mental del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey. Elijo la siguiente contraseña que me permitirá el acceso a mí y a quién yo elija.

_____ (si lo deja en blanco, le asignarán y darán una contraseña.)

Entiendo además que el proveedor licenciado de asistencia de salud que me esté prestando servicios de asistencia de salud mental podrá acceder a mis directrices si fuera necesario. No se permitirá a ninguna otra persona ver las directrices (excepto por lo requerido por la administración del registro) sin mi permiso.

_____ Firma

Nombre en letras de molde: _____,

Por favor dé información de contacto para confirmación:

(dirección de correo electrónico, dirección de la calle o número de teléfono)

Testigo:

_____ (firme) _____ (escriba su nombre en letras de molde)

Con fecha de: _____

Envíe el original a: NJDMHS PAD Registry, 50 E. State St, PO Box 727, Trenton, NJ 08625-0727 y adjunte una copia de sus directrices anticipadas de asistencia de salud mental completas. También puede enviar otros documentos para ser registrados que afecten a su capacidad legal de consentimiento, como las directrices anticipadas de asistencia de salud, poder de abogado duradero, órdenes de tutoría temporal o limitada, etc., que el registro aceptará a su exclusiva discreción.