

Aviso a la persona que hace una declaración sobre el tratamiento de la salud mental

Capítulo 137, Título 6, Civil Practice and Remedies Code

Éste es un documento legal importante con el que hace una declaración sobre el tratamiento de la salud mental. Antes de firmar este documento, debe saber la siguiente información:

Este documento le permite tomar anticipadamente decisiones sobre el tratamiento de la salud mental, y específicamente sobre tres tipos de tratamiento de la salud mental: los medicamentos psicoactivos, la terapia convulsiva y el tratamiento de emergencia. Las instrucciones que contiene esta declaración se seguirán solamente si un juez cree que usted está incapacitado para tomar decisiones sobre su tratamiento. De lo contrario, se considerará capaz de dar o negar consentimiento para los tratamientos.

Este documento estará vigente por tres años a menos que usted llegue a estar incapacitado para participar en las decisiones sobre el tratamiento de la salud mental. Si esto llega a suceder, la directiva seguirá vigente hasta que ya no esté incapacitado.

Tiene el derecho de revocar todo este documento o parte del mismo en el momento que quiera siempre y cuando no se haya determinado que está incapacitado. **NO PUEDE REVOCAR ESTA DECLARACIÓN SI UN JUEZ DETERMINA QUE ESTÁ INCAPACITADO.** Una revocación entra en vigor cuando se la comunica al médico de cabecera o a otro proveedor de servicios de salud.

Si hay algo en este documento que no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique. Esta declaración no es válida a menos que esté firmada por dos testigos que reúnen los requisitos, que usted conoce personalmente y que estén presentes cuando usted firma o que reconozcan su firma.

Declaración sobre el tratamiento de la salud mental

Yo, _____, siendo un adulto en pleno uso de mis facultades, por voluntad propia y con premeditación hago esta declaración para el tratamiento de la salud mental, que se debe seguir si un juez determina que mi capacidad de entender la naturaleza y las consecuencias de un tratamiento propuesto, incluso los beneficios y los riesgos del tratamiento propuesto y las alternativas al mismo, está afectado a tal grado que carezco de la capacidad de tomar decisiones sobre el tratamiento de la salud mental. "Tratamiento de la salud mental" se refiere a tratamientos electroconvulsivos y otros tratamientos convulsivos, tratamiento de la salud mental con medicamentos psicoactivos y preferencias en cuanto al tratamiento de emergencia.

(Párrafo opcional) Entiendo que puedo llegar a estar incapacitado para dar o negar el consentimiento bien fundado para recibir tratamiento de la salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Estos síntomas pueden ser, entre otros:

Medicamentos psicoactivos

Si llego a estar incapacitado para dar o negar el consentimiento bien fundado para recibir tratamiento de la salud mental, mis deseos en cuanto a los medicamentos psicoactivos son los siguientes:

_____ Doy consentimiento para que me administren los siguientes medicamentos:

_____ No doy consentimiento para que me administren los siguientes medicamentos:

_____ Doy consentimiento para que me administren un medicamento aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Drogas que se aprobó y que llegó a existir después de hacer esta declaración y que se considera de la misma clase como los medicamentos psicoactivos mencionados a continuación:

Condiciones o limitaciones: _____

Tratamiento convulsivo

Si llego a estar incapacitado para dar o negar el consentimiento bien fundado para el tratamiento de la salud mental, mis deseos en cuanto al tratamiento convulsivo son los siguientes:

_____ Doy consentimiento para que me administren el tratamiento convulsivo.

_____ No doy consentimiento para que me administren el tratamiento convulsivo.

Condiciones o limitaciones: _____

Preferencias para el tratamiento de emergencia

En caso de emergencia, prefiero el siguiente tratamiento PRIMERO (encierre uno en un círculo)
_____ Restricción física _____ Aislamiento _____ Medicación

En caso de emergencia, prefiero el siguiente tratamiento SEGUNDO (encierre uno en un círculo)
_____ Restricción física _____ Aislamiento _____ Medicación

En caso de emergencia, prefiero el siguiente tratamiento TERCERO (encierre uno en un círculo)
_____ Restricción física _____ Aislamiento _____ Medicación

_____ Prefiero que un hombre/una mujer me administre la restricción física, el aislamiento o los medicamentos.

Opciones de tratamiento antes de utilizar la restricción física, el aislamiento o la medicación:

Condiciones o limitaciones: _____

Preferencias o instrucciones adicionales

Condiciones o limitaciones: _____

Firma del autor/Fecha: _____

Declaración de los testigos

Yo afirmo bajo las penas de perjurio que el autor me ha indicado su nombre, que el autor firmó o reconoció esta declaración en mi presencia, que creo que el autor está en pleno uso de sus facultades, que el autor me ha afirmado que está consciente de la naturaleza del documento y que lo firma por voluntad propia y libre de coacción, que el autor me pidió que sirviera como testigo de su firma del documento y que no soy proveedor de atención médica o de atención residencial del autor, empleado de uno de dichos proveedores, administrador de un centro de atención médica de la comunidad que ofrece atención al autor ni empleado de uno de dichos administradores.

Afirmo que no soy pariente del autor, por sangre, matrimonio ni por adopción y que a mi mejor saber y entender no puedo reclamar ni tengo derecho a ninguna parte de la sucesión del autor al morir, de conformidad con un testamento o por operación de la ley.

Firma del testigo: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____