

DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Este es un documento legal importante. Crea una directiva anticipada de atención a la salud mental. Antes de firmarlo, debe conocer estos datos importantes:

- El propósito de este documento es capacitarlo para tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de su salud mental mientras está saludable.
- Este documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre la atención de su salud mental, incluida la administración de medicamentos psicotrópicos, la admisión a corto plazo (hasta 21 días) a un centro de tratamiento y el uso de terapia electroconvulsiva.
- Las instrucciones que incluya en esta directiva anticipada de atención a la salud mental se seguirán solo si no es capaz de tomar decisiones sobre el tratamiento. De lo contrario, se le considerará capaz de dar o denegar su consentimiento para los tratamientos.
- Si usted tiene un apoderado designado en virtud de un poder notarial para la atención médica, su apoderado tiene la obligación de actuar conforme a sus deseos, tal como se expresan en este documento, o, si sus deseos no se manifiestan ni se le comunican de otro modo, de actuar conforme a lo que su apoderado, de buena fe, considere que es lo mejor para usted. Esta persona tiene derecho a retirarse como su apoderado en cualquier momento.
- Tiene derecho a revocar este documento, total o parcialmente, en cualquier momento en que se determine que es capaz de otorgar o denegar su consentimiento informado para recibir atención de salud mental. La revocación será efectiva cuando se comunique por escrito al profesional de la salud que lo atiende y esté firmada por usted.
- Por favor, incluya detalles en este documento. Si considera que es importante que futuros profesionales de la salud u otras personas sepan algo en caso de que experimente otro episodio, pero no está incluido en este documento, solicite la ayuda de un abogado para agregar esa información.
- Es útil entregar copias de este documento a la persona que designe como apoderado para fines de atención médica. También debe actualizar este documento e informar a su apoderado para fines de atención médica si experimenta algún cambio médico significativo.

DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Yo, _____, mayor de diecinueve años y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, presento esta directiva para que se cumpla con mi atención de salud mental si se determina que mi capacidad para recibir y evaluar información eficazmente o para tomar decisiones está tan deteriorada que no puedo rechazar o consentir la atención de salud mental. La "atención de salud mental" incluye, entre otros, el tratamiento de enfermedades mentales con psicofármacos, el ingreso y la permanencia en un centro de tratamiento por un período de hasta 21 días o la terapia electroconvulsiva.

Entiendo que puedo llegar a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado.

Estos síntomas pueden incluir, entre otros:

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Si me vuelvo incapaz de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental, mis deseos con respecto a los medicamentos psicotrópicos, incluidas las clases de medicamentos si corresponde, son los siguientes (marque una o ambas de las siguientes, si corresponde):

Doy mi consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos:

No doy mi consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos:

Condiciones o limitaciones, si las hubiera:

ADMISIÓN Y RETENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

Si me vuelvo incapaz de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental, mis deseos con respecto a la admisión y retención en un centro de atención médica para atención de salud mental son los siguientes (marque una de las siguientes opciones, si corresponde):

Doy mi consentimiento para ser admitido en un centro de tratamiento para recibir atención de salud mental.

No doy mi consentimiento para ser admitido en un centro de tratamiento para recibir atención de salud mental.

Esta directiva no puede, por ley, otorgar consentimiento para retenerme en un centro de tratamiento durante más de 21 días.

Condiciones o limitaciones, si las hubiera:

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Si llego a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental, mis deseos con respecto a la terapia electroconvulsiva son los siguientes (marque una de las siguientes opciones, si corresponde):

- Doy mi consentimiento para la administración de terapia electroconvulsiva.
 No doy mi consentimiento para la administración de terapia electroconvulsiva.

Condiciones o limitaciones, si las hubiera:

DESIGNACIÓN DE IRREVOCABILIDAD DURANTE LA INCAPACIDAD

Si pierdo la capacidad de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental, mi directiva anticipada de atención de salud mental seguirá siendo irrevocable durante dicho período de incapacidad:

- Sí No

En caso afirmativo, la directiva es irrevocable durante dicho período de incapacidad con respecto a:

- Admisión y permanencia en un centro de tratamiento para atención de salud mental por hasta 21 días;
 Medicamentos psicotrópicos como los siguientes:
-

Terapia electroconvulsiva; o

Todo lo anterior.

Si hay algo en este documento que no comprenda, consulte con un abogado para que se lo explique. Esta directiva no será válida a menos que se firme ante un notario público o por dos testigos calificados que lo conozcan personalmente o que verifiquen su identidad y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

Selección de un médico (opcional)

Si se hace necesario determinar si me he vuelto incapaz de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental, elijo _____ de _____
_____(dirección del médico colegiado) para que sea uno de los dos médicos colegiados que determinarán si soy incapaz. Si dicho médico colegiado no está disponible, su designado será uno de los dos médicos colegiados que determinarán si soy incapaz.

REFERENCIAS O INSTRUCCIONES ADICIONALES

Condiciones o limitaciones, si las hubiera:

Este documento seguirá vigente hasta que lo revoque como se describe a continuación o hasta la fecha que usted indique en este documento. Si desea que este documento finalice en una fecha determinada, indíquelo:

Fecha de vencimiento de la directiva: _____

Fecha de firma: _____

Firma del director

Nombre impreso del director

Este documento debe firmarse ante testigos o ante un notario público. Complete la parte correspondiente a continuación:

AFIRMACIÓN DE TESTIGOS

Afirmamos que conocemos personalmente al director o que el director presentó una identificación, que el director firmó esta directiva anticipada de atención de salud mental en nuestra presencia o, si el director no pudo firmar la directiva, el representante designado del director firmó la directiva en nuestra presencia, que el director no parecía estar incapacitado o bajo presión o influencia indebida, y que ninguno de nosotros está:

- (a) El médico tratante del director o un miembro del equipo de tratamiento de salud mental del director;
- (b) El cónyuge, padre, hijo, nieto, hermano, heredero presunto o legatario conocido del principal en el momento de la testificación;
- (c) En una relación romántica o de noviazgo con el principal;
- (d) El apoderado del principal o una persona designada para tomar decisiones sobre la atención de salud mental del principal; o
- (e) El propietario, operador, empleado o familiar de un propietario u operador de un centro de tratamiento en el que el principal recibe atención.

Testificado por:

Firma del testigo

Firma del testigo

Nombre impreso del testigo

Nombre impreso del testigo

Fecha

Fecha

O Complete la siguiente parte si este documento se firma en presencia de un Notario Público.

Estado de Nebraska

Condado de _____

En este _____ día de _____ 20____, ante mí, _____ un notario público en y para _____ el condado, vino personalmente _____, personalmente a mí, conocido por ser la misma persona cuyo nombre figura en la directiva anticipada de atención de salud mental anterior como principal, y declaro que dicha persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo coacción o influencia indebida, que dicha persona reconoce que la ejecución de la misma es un acto y escritura voluntaria de dicha persona, y que no soy el apoderado del principal designado por ningún poder notarial para atención de salud.

Doy fe de ello con mi firma y sello notarial en _____ el condado el día y año escritos anteriormente.

SELLO

Firma del Notario Público

AVISO A LA PERSONA QUE HACE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Este es un documento legal importante. Crea una directiva anticipada de atención a la salud mental. Antes de firmarlo, debe conocer estos datos importantes:

Este documento le permite tomar decisiones anticipadas sobre su atención de salud mental, incluyendo la administración de psicofármacos, el ingreso a corto plazo (hasta 21 días) en un centro de tratamiento y el uso de terapia electroconvulsiva. Las instrucciones que incluya en estas instrucciones anticipadas de atención de salud mental se seguirán solo si no es capaz de tomar decisiones sobre el tratamiento. De lo contrario, se le considerará capaz de dar o denegar su consentimiento para los tratamientos.

Si usted tiene un apoderado designado en virtud de un poder notarial para la atención médica, su apoderado tiene la obligación de actuar conforme a sus deseos, tal como se expresan en este documento, o, si sus deseos no se manifiestan ni se le comunican de otro modo, de actuar conforme a lo que su apoderado, de buena fe, considere que es lo mejor para usted. Esta persona tiene derecho a retirarse como su apoderado en cualquier momento.

Tiene derecho a revocar este documento, total o parcialmente, en cualquier momento en que se determine que es capaz de otorgar o denegar su consentimiento informado para recibir atención de salud mental. La revocación será efectiva cuando se comunique por escrito al profesional de la salud que lo atiende y esté firmada por usted. La revocación puede presentarse en un formato similar al que se muestra en la página siguiente.

REVOCACIÓN

Yo, _____ consciente y voluntariamente, revoco mi directiva anticipada de atención de salud mental como se indica (marque una de las siguientes):

Revoco toda mi directiva.

Revoco la siguiente parte o partes de mi directiva:

Firma del director

Nombre impreso del director

Fecha

EVALUACIÓN POR PROFESIONAL DE LA SALUD (OPCIONAL)

Yo, _____, he evaluado al director y he determinado que el director es capaz de dar o negar el consentimiento informado para la atención de salud mental.

Firma del profesional de la salud

Nombre impreso del profesional de la salud

Fecha

El Departamento de Salud y Servicios Humanos podrá adoptar y promulgar normas y reglamentos para informar al público sobre la Ley de Instrucciones Anticipadas para la Atención de la Salud Mental. Estas normas y reglamentos podrán incluir información sobre la necesidad de revisar y actualizar oportunamente las instrucciones anticipadas para la atención de la salud mental y la creación de un plan de acción para la recuperación del bienestar tras el alta de un centro de tratamiento por problemas de salud mental persistentes y objetivos de rehabilitación. El departamento publicará el formulario de esta sección en su sitio web para su uso público.

Fuente: Leyes 2020, LB247, § 15.