

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DIRECTRIZ ANTICIPADA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA (PAD) DE GEORGIA

Siga las instrucciones que aparecen a continuación para completar el formulario de la mejor manera posible. Todas las respuestas deben ser precisas y detalladas. Los profesionales de salud mental y su agente de atención de salud mental (si procede) usarán esta información para identificar una crisis de salud mental en curso y para darle tratamiento durante la crisis, según sus deseos.

Instrucciones para la PRIMERA PARTE: PREFERENCIAS

La PRIMERA PARTE es obligatoria. Esta sección *le permite explicar la forma en la que le gustaría recibir tratamiento si está sufriendo una crisis de salud mental y en ese momento no tiene la capacidad para tomar decisiones informadas sobre su atención de salud mental. Debe completar todas las secciones de la PRIMERA PARTE y debe incluir información de las crisis anteriores de salud mental que ha tenido.*

Encabezado

- Escriba su nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) y su fecha de nacimiento (mes, día y año).

1. Declaración de intención

En esta sección usted declara que, al proceder a completar este formulario, lo hace por su propia voluntad y que entiende el propósito del formulario y cómo se usará.

- Si está de acuerdo con las declaraciones de esta sección, escriba su nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) en la línea correspondiente.

2. Información relacionada a mis síntomas

Esta sección le permite explicar las crisis anteriores de salud mental que ha tenido y lo que hizo que sus síntomas mejoraran o empeoraran.

- **Primer recuadro:** Explique los signos que generalmente indican que usted está empezando a sufrir una crisis de salud mental. Esta información ayudará a los profesionales de atención de salud mental a entender cuándo podría necesitar una evaluación de atención de salud mental.
- **Segundo recuadro:** Explique los factores que pueden llevarlo a sufrir una crisis de salud mental o que empeoran sus síntomas.
- **Tercer recuadro:** Explique las técnicas o factores que pueden ayudarlo a sentirse mejor durante una crisis de salud mental o que pueden ayudar a ponerle fin.
- **Cuarto recuadro:** Explique qué comportamiento deben tratar de identificar los profesionales de atención de salud mental que les indique que la crisis está llegando a su fin y cuándo le gustaría que le hagan otra evaluación para determinar si puede

tomar decisiones informadas en ese momento. (Si está sufriendo una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones informadas sobre su atención de salud mental, es importante que los profesionales médicos sepan qué signos buscar para saber que la crisis está llegando a su fin o cuándo puede volver usted a tomar decisiones informadas.)

3. Médicos especialistas de elección

En esta sección usted puede incluir la información de contacto de los profesionales médicos que le están ofreciendo en la actualidad atención de salud mental. También puede incluir una lista de los profesionales médicos que usted acepta que lo atiendan en caso de que tenga una crisis de salud mental y los que no quiere que lo atiendan.

- **Primer recuadro (de la A a la E):** Incluya una lista de los nombres y números de teléfono de los médicos, terapeutas, farmacéuticos o cualquier otro profesional de salud mental que lo esté tratando en estos momentos o que lo haya tratado en el pasado.
- **Segundo recuadro (de la A a la E):** Incluya una lista de los profesionales médicos a los que les permite que lo traten en caso de que tenga una crisis de salud mental.
- **Tercer recuadro:** Incluya una lista de los nombres de los profesionales médicos a los que no les permite que lo traten en caso de que tenga una crisis de salud mental.

4. Instrucciones de tratamiento

Medicamentos

- **Primer recuadro:** Incluya una lista de **todos** los medicamentos que está tomando actualmente y que quisiera seguir tomando en caso de que sufra una crisis de salud mental.
- **Segundo recuadro:** Incluya una lista de los medicamentos que prefiere tomar y que quisiera tomar en caso de que sufra una crisis de salud mental.
- **Tercer recuadro:** Incluya una lista de todos los medicamentos que prefiere no tomar y la razón para no tomarlos.
- **Cuarto recuadro:** Incluya una lista de los medicamentos a los que es alérgico.
- **Medicamentos de elección:** *Esta sección le permite dar información sobre otras opciones de tratamiento que usted acepta que se usen si sus métodos de elección no están disponibles por alguna razón.*
 - Si acepta que su médico tratante pueda elegir y administrarle un medicamento diferente en caso de que no estén disponibles sus medicamentos de elección y usted no ha nombrado un agente de atención de salud mental o su agente no

puede tomar esta decisión en nombre suyo, seleccione la opción “Sí”.

- Si no acepta que su médico tratante pueda elegir y administrarle un medicamento diferente en caso de que no estén disponibles sus medicamentos de elección y usted no ha nombrado un agente de atención de salud mental o su agente no puede tomar esta decisión en nombre suyo, seleccione la opción “NO”.
- Hay una lista de varias técnicas diferentes que se pueden usar para administrarle los medicamentos. En el caso de cada técnica, si acepta que se utilice en caso de que tenga que recibir el medicamento, firme con sus iniciales en el espacio que aparece al lado de “Sí”. Si no acepta que se use esa técnica, firme con sus iniciales en el espacio que aparece al lado de “NO”. Si selecciona la opción “NO”, explique por qué no da su consentimiento para recibir el medicamento mediante esa técnica.

Hospitalización

En este formulario se presume que la hospitalización no es su primera opción. Usted preferiría permanecer en casa, de ser posible, en vez de ingresar al hospital o a una institución de salud mental en caso de sufrir una crisis de salud mental.

- **Primer recuadro:** Incluya una lista de los apoyos que prefiere recibir para ayudarlo a permanecer en casa mientras sufre una crisis de salud mental.
- **Segundo recuadro:** La terapia ambulatoria es el tratamiento que usted recibe sin necesidad de hospitalización. Si el médico tratante determina que la terapia ambulatoria puede beneficiarlo, escriba el nombre de un profesional médico que puede ofrecerle esa atención médica.
- **Tercer recuadro:** Incluya toda la información adicional y las instrucciones que pueden ser útiles para evitar la hospitalización.

Instituciones de tratamiento

Esta sección le permite mencionar en qué instituciones prefiere que lo traten si es necesario hospitalizarlo y en qué instituciones no acepta ser tratado. Mencione las razones de esta decisión, sus reacciones generales a la posibilidad de ser ingresado a una institución y las maneras en las que el personal de la institución puede ayudarlo mientras permanece allí. También puede incluir una lista de las personas a las que le da la autorización de visitarlo mientras esté en la institución. Incluya en la lista el nombre completo del visitante, su relación con usted y su información de contacto.

Intervenciones adicionales

Esta sección le permite indicar las técnicas adicionales de tratamiento que se pueden usar en el caso de que usted sufra una crisis de salud mental. En el caso de cada técnica,

si acepta que se use, escriba sus iniciales en el espacio que aparece al lado del "SÍ". Si no acepta que se use, escriba sus iniciales en el espacio que aparece al lado del "NO". Explique la razón de cada respuesta.

5. Declaraciones adicionales

No es necesario que complete esta sección, pero puede hacerlo si lo prefiere. Esta sección le permite darles instrucciones adicionales a los médicos tratantes o a su agente de atención de salud mental (si procede) sobre cómo quiere recibir la atención en caso de una emergencia de salud mental. Esta información se podría relacionar con sus creencias personales o religiosas y a la forma en la que tienen impacto sobre sus preferencias en cuanto a cómo recibir el tratamiento. Esta información les será útil a su médico tratante o agente de atención de salud mental para decidir cuáles son las mejores opciones de tratamiento según sus deseos personales.

- Si desea dar información adicional sobre la forma en la que desea recibir el tratamiento para atender su salud mental, incluya esa información en el recuadro. Si no desea dar información adicional, deje el recuadro en blanco.

Instrucciones para la SEGUNDA PARTE: AGENTE DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

La Segunda Parte es opcional. Le permite seleccionar al agente de atención de salud mental que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. No es necesario que complete esta sección, pero puede hacerlo si lo prefiere. Si no quiere nombrar un agente, no complete esta sección. Un profesional médico que participe en su atención de salud mental o un empleado de dicho profesional no puede ser nombrado su agente de atención de salud mental, a menos que sea un familiar, un amigo o un asociado que no esté relacionado directamente con su atención médica. Un empleado de una agencia local de salud mental tampoco puede ser su agente de atención de salud mental, a menos que sea un familiar, un amigo o un asociado que no esté relacionado directamente con su atención médica.

6. Agente de atención de salud mental

- Si desea seleccionar un agente de atención de salud mental, incluya en los recuadros correspondientes su información de contacto, que debe incluir el nombre, número de teléfono de la casa, del trabajo y móvil.
- Debe hablar con su agente de atención de salud mental sobre sus preferencias para que pueda tomar decisiones en su nombre, si usted no puede hacerlo. Si su agente acepta su rol, deberá escribir su nombre completo y el de usted y firmar con fecha en los recuadros correspondientes.

7. Agente suplente de atención de salud mental

- Si desea seleccionar otro agente de atención de salud mental para que tome en su nombre decisiones sobre la atención que usted reciba cuando no pueda tomarlas y su agente designado tampoco pueda hacerlo, incluya en los recuadros su información de contacto, que incluye su nombre, dirección, número de teléfono de

la casa, del trabajo y móvil.

- Debe hablar con el agente suplente sobre las preferencias que usted tiene para que él pueda tomar decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomarlas. Si su agente suplente acepta desempeñar este rol, deberá escribir su nombre completo y el de usted y firmar con fecha en los recuadros correspondientes

8. Poder general

Esta sección explica las acciones que puede tomar su agente de atención de salud mental en nombre suyo en casos en los que usted no pueda tomar esas decisiones. Si selecciona un agente de atención de salud mental o un agente suplente de atención de salud mental, lea toda esta sección con esos agentes.

9. Orientación para el agente de atención de salud mental

- Si hay ciertas acciones que usted no quiere que su agente de atención de salud mental tome en nombre suyo, detállelas en el recuadro correspondiente. Su agente seguirá estas instrucciones para decidir cuáles son las mejores opciones de tratamiento que más se acercan a lo que usted especificó.

10. Cuando el cónyuge es el agente de atención de salud mental

Si usted está casado y ha seleccionado a su cónyuge como su agente de atención de salud mental, se le retirará de inmediato de ese rol si se divorcian. Sin embargo, esta sección le permite indicar si desea igualmente que su cónyuge siga siendo su agente de atención de salud mental, incluso si se divorcian.

- Si desea que su cónyuge siga siendo su agente de atención de salud mental, incluso si se divorcian, firme con sus iniciales en el espacio correspondiente.
- Si no desea que su cónyuge siga siendo su agente de atención de salud mental si se divorcian, deje esta sección en blanco.

Instrucciones para la TERCERA PARTE: OTROS ASPECTOS RELACIONADOS

La Tercera Parte es opcional y le permite dar información adicional que puede ser útil en el caso de una emergencia de salud mental. No es necesario que complete esta sección, pero puede hacerlo si lo prefiere.

11. Orientación relacionada con las instancias de ejecución de la ley

- **Primer recuadro:** Incluya una lista de sus reacciones generales ante las instancias de ejecución de la ley. Incluya las experiencias anteriores que ha tenido al interactuar con los agentes de ejecución de la ley durante una crisis de salud mental.
- Si hay personas con las que sería útil estar en contacto si algún agente de ejecución de la ley interviene durante su crisis de salud mental, escriba en los recuadros

correspondientes su información de contacto, que incluya su nombre, relación con usted, teléfono de la casa, del trabajo y móvil.

12. Ayuda de otros

- Si hay personas que le podrían brindar apoyo y a los que se les debería notificar si usted tiene una crisis de salud mental, menciónelos en los recuadros correspondientes, e incluya su nombre, relación con usted, información de contacto y responsabilidad. Por ejemplo, estas personas podrían ser sus amigos, familiares, vecinos o médicos tratantes.

Instrucciones para la CUARTA PARTE: ENTRADA EN VIGOR Y FIRMAS

La Cuarta Parte es obligatoria. Para que entre en vigor este formulario, lo deben firmar usted y sus testigos. Es necesario completar esta sección para que el formulario sea válido. Si no lo firma o no tiene dos testigos que lo firmen, el formulario no obligará a ninguno de los médicos tratantes, ni a los agentes de atención de salud mental.

- **Primer recuadro:** Puede elegir si desea que el formulario entre en vigor en una fecha específica. Si no desea elegir una fecha específica, el formulario entrará en vigor de inmediato, tan pronto lo firmen usted y sus testigos. Si desea elegir una fecha específica para que el formulario entre en vigor, escriba la fecha en el recuadro correspondiente. Si no desea elegir una fecha específica y quiere que el formulario entre en vigor de inmediato, deje este recuadro en blanco.
- **Segundo recuadro:** También puede elegir si quiere que el formulario tenga una fecha específica de vencimiento. Si no desea elegir una fecha específica, el formulario seguirá en vigencia hasta que usted lo dé por terminado de alguna otra forma. Si desea elegir una fecha específica de vencimiento, escriba la fecha en el recuadro correspondiente. Si no desea elegir una fecha específica de vencimiento, deje el recuadro en blanco.
- **Tercer recuadro:** Si acepta que está en pleno uso de sus facultades mentales al momento de completar este formulario y que entiende su propósito, firme en el recuadro correspondiente y escriba la fecha.

Luego, sus testigos deberán completar las secciones finales del formulario con su firma y deberán incluir su nombre y dirección. Los testigos deberán estar en pleno uso de sus facultades mentales y tener más de 18 años. Los testigos no pueden ser las personas seleccionadas como agentes de atención de salud mental, principal y de reserva, en la Segunda Parte. Los testigos tampoco pueden ser profesionales que participen en su atención médica o los empleados de ellos, a menos que sean un familiar, amigo o asociado que no interactúe directamente con su atención médica. Los testigos tampoco pueden ser empleados de una agencia local de atención de salud mental, a menos que sean un familiar, amigo o asociado que no interactúe directamente con su atención médica.

Tan pronto usted y los dos testigos firmen el formulario, este será válido. Guarde el documento original firmado en un lugar seguro y de acceso fácil en su casa. Deles copias a sus amigos, familiares y agentes de atención de salud mental (si procede).