

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Nombre en letra de imprenta)

(mes/día/año)

## 1. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto de manera intencional y voluntaria esta directriz anticipada de atención psiquiátrica como medio para expresar de antemano mis decisiones y mi consentimiento informado con relación a mi atención de salud mental, en caso de que no tenga la capacidad de tomar por mí mismo decisiones informadas. Entiendo que este documento entra en vigor si un médico o psicólogo certificado que me haya examinado personalmente determina, o si un tribunal dictamina, que no tengo la capacidad para entender los riesgos, beneficios y alternativas a una decisión de tratamiento que se esté considerando en mi atención de salud mental y que no puedo dar o comunicar razones racionales con respecto a las decisiones de tratamiento en mi atención de salud mental debido a mi falta de capacidad para pensar y para recibir y evaluar información o a cualquier otra discapacidad cognitiva.

Si se me considera incapaz de tomar decisiones sobre mi atención de salud mental, manifiesto mi intención de que este documento sea mi autorización y mi consentimiento anticipado, sobre la base de mis experiencias anteriores relacionadas con mi enfermedad y del conocimiento que me han dado esas experiencias, para el tratamiento que se me indique según las consideraciones médicas y de manera conforme con las preferencias que expreso en este documento.

Entiendo que el documento solo tiene validez durante el lapso en que no tengo la capacidad para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud mental. Entiendo que solo puedo revocar este documento durante los periodos en los que tenga plena capacidad mental.

Es mi intención que esta directriz anticipada de atención psiquiátrica tenga precedencia sobre cualquier directriz anticipada de atención médica, poder notarial de duración indefinida para atención médica, poder para casos de emergencias médicas o testamento en vida que yo haya firmado antes de firmar este formulario, en la medida en la que esos instrumentos se relacionen con la atención de salud mental y no sean conformes con este documento que firmo.

En caso de que el tribunal nombre a alguien para que tome decisiones en mi nombre sobre mi atención de salud mental, es mi intención que este documento tome precedencia sobre todos los otros medios usados para determinar mi intención mientras gozaba de competencia mental.

Es mi intención que ninguna persona o institución que participe en mi atención médica sea responsable civilmente o sea imputado penalmente por haber cumplido con mis deseos, tal como se expresan en este documento, o por seguir las instrucciones de mi agente.

**2. INFORMACIÓN RELACIONADA CON MIS SÍNTOMAS**

A continuación presento los síntomas o comportamientos que tengo cuando estoy escalando hacia una crisis de salud mental. Si presento alguno de estos síntomas o tengo estos comportamientos, es posible que se requiera una evaluación para determinar si puedo tomar decisiones sobre mi atención de salud mental (máximo 500 caracteres, sin espacios).

Lo siguiente me puede llevar a tener una crisis de salud mental o puede empeorar mis síntomas (máximo 500 caracteres, sin espacios).

Las técnicas siguientes puede ser útiles para apaciguar la crisis (máximo 500 caracteres, sin espacios).

Formulario de la Directriz Anticipada de Atención Psiquiátrica (PAD) de Georgia

Me gustaría que me evaluaran al presentar los signos siguientes, para determinar si he recuperado mi capacidad para tomar mis propias decisiones de atención de salud mental:

--

**3. MÉDICOS ESPECIALISTAS DE ELECCIÓN**

Los nombres de mis médicos, terapeutas, farmacéuticos y otros profesionales de salud mental y sus respectivos números de teléfono son:

A.	
B	
C	
D	
E.	

Prefiero y doy mi consentimiento para recibir el tratamiento de los médicos siguientes:

Nombres:

A	
B	
C	
D	
E.	

Me niego a ser tratado por los siguientes médicos:

#### **4. INSTRUCCIONES DE TRATAMIENTO**

##### **Medicamentos**

Actualmente estoy tomando y doy mi consentimiento para seguir tomando los medicamentos siguientes (incluya todos los medicamentos, ya sean para la salud mental o para tratamiento de la salud en general).

Si hay necesidad de medicamentos adicionales, prefiero y doy mi consentimiento para que me administren los medicamentos siguientes:

No tolero los medicamentos siguientes debido a:

Soy alérgico a los medicamentos siguientes:

Formulario de la Directriz Anticipada de Atención Psiquiátrica (PAD) de Georgia

Si no me administran mis medicamentos de elección (los que prefiero) y no he nombrado un agente en la SEGUNDA PARTE para que tome otras decisiones en mi nombre, deseo que mi médico tratante elija otro medicamento que sea el que satisfaga mejor mis necesidades de salud mental, sujeto a las limitaciones que he manifestado en mis instrucciones de tratamiento antes mencionadas. (Marque el “sí” si está de acuerdo con esta declaración o el “no” si no está de acuerdo).

Sí  
 No

En el caso de que necesite que me administren medicamentos, preferiría y doy mi consentimiento para los métodos siguientes (Marque el “sí” o el “no” e indique las razones que apoyan su solicitud, si la tiene):

Medicamento en píldoras:

Sí  
 No

Razón para rechazar el medicamento en píldoras:

Medicamento en formulación líquida:

Sí  
 No

Razón para rechazar el medicamento en formulación líquida:

Medicamento administrado por inyección:

Sí  
 No

Razón para rechazar el medicamento administrado por inyección:

Medicamento encubierto (sin mi conocimiento en una bebida o comida):

Sí  
 No

Razón para rechazar el medicamento encubierto:

**Hospitalización**

La hospitalización no es mi primera opción. De ser posible, manifiesto mi intención de permanecer en casa o en la comunidad y contar con los apoyos siguientes:

Si necesito terapia ambulatoria, prefiero y doy mi consentimiento para que me la dé:

Instrucciones adicionales que pueden ayudarme a evitar la hospitalización:

**Instituciones de tratamiento**

Si es necesario que me hospitalicen, preferiría y doy mi consentimiento para que me traten en las instituciones siguientes:

Me niego a ser tratado en las instituciones siguientes:

Razón(es) por la(s) que deseo evitar las instituciones anteriores:

Por lo general, reacciono de la manera siguiente cuando estoy hospitalizado:

El personal de la institución puede ayudarme haciendo lo siguiente:

Doy permiso para que me visiten las personas siguientes:

- 1. Nombre del visitante, relación e información de contacto
- 2. Nombre del visitante, relación e información de contacto
- 3. Nombre del visitante, relación e información de contacto
- 4. Nombre del visitante, relación e información de contacto
- 5. Nombre del visitante, relación e información de contacto

**Intervenciones adicionales**

Prefiero las intervenciones siguientes, las que ratifico escribiendo mis iniciales, y doy mi consentimiento para cualquier intervención aprobada por mí mediante mis iniciales escritas junto al “sí”. (*Escriba sus iniciales en los espacios en blanco*).

Aislamiento:

- Sí
- No

Razón:

Inmovilización física:

- Sí
- No

Razón:

Tratamiento experimental:

- Sí
- No

Razón:

Terapia electroconvulsiva (ECT):

Sí  
 No

Razón:

Limitaciones o consentimiento para la administración de terapia electroconvulsiva:

Otras instrucciones relacionadas con mis intervenciones de elección:

### 5. DECLARACIONES ADICIONALES

Esta sección es opcional. La PRIMERA PARTE tendrá validez aunque esta sección se deje en blanco. Esta sección le permite indicar otras preferencias adicionales relacionadas con su tratamiento de salud mental, darle más orientación a su agente de atención de salud mental (en caso de haberlo seleccionado en la SEGUNDA PARTE) o dar más información sobre sus valores personales o religiosos en cuanto a su atención y su tratamiento de salud mental. En el entendido de que no puede anticipar todo lo que le podría pasar, podría interesarle darle orientación a su agente con relación a cómo respetar sus preferencias en cuanto a su tratamiento de salud mental.



## SEGUNDA PARTE: AGENTE DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

La PRIMERA PARTE tendrá validez aunque no se complete la SEGUNDA PARTE. Si no desea nombrar a un agente, no complete la SEGUNDA PARTE. Un profesional de salud que participe directamente en su atención médica o cualquier empleado suyo no podrá actuar como su agente de atención de salud mental, a menos que dicho empleado sea un familiar, amigo o asociado suyo y no participe directamente en su atención médica. De igual manera, ningún empleado del Departamento de Salud Conductual y Discapacidad de Desarrollo (DBHDD), de una agencia pública local de salud mental o de cualquier organización que tenga una relación contractual con una autoridad pública local de salud mental, podrá actuar como su agente, a menos que sea un familiar, amigo o asociado suyo y no participe directamente en su atención médica. Si usted está casado, en caso de divorcio o anulación futura de su matrimonio, se revocará la selección de su cónyuge actual como agente de atención salud mental, a menos que usted establezca lo contrario. Si no está casado, un futuro matrimonio revocará la selección de su agente de atención de salud mental, a menos que la persona que usted haya seleccionado como agente sea su nuevo cónyuge.

### 6. AGENTE DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Selecciono a la siguiente persona como mi agente de atención de salud mental para que tome a mi nombre las decisiones pertinentes de mi atención de salud mental:

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono de la casa:
Número de teléfono del trabajo:
Número de teléfono móvil:

Aceptación del agente: Manifiesto que he leído este formulario y certifico que no le he dado, no le doy y no le daré atención y tratamiento de salud mental a:

Nombre completo:

Acepto la designación de agente de:

Nombre completo:

Firma del agente y fecha: \_\_\_\_\_

### 7. AGENTE SUPLENTE DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

La SEGUNDA PARTE tendrá validez incluso si esta sección se deja en blanco.

En caso de que no se pueda contactar a mi agente de atención de salud mental dentro de un lapso de tiempo razonable y mediante esfuerzos razonables o que mi agente no esté disponible, en la capacidad o dispuesto a actuar como mi agente de atención de salud mental, procedo a seleccionar a las personas siguientes, cada una de las cuales deberá actuar sucesivamente en el orden que las nombro, como mi(s) agente(s) de atención de salud mental:

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono de la casa:
Número de teléfono del trabajo:
Número de teléfono móvil:

Formulario de la Directriz Anticipada de Atención Psiquiátrica (PAD) de Georgia

Aceptación del agente suplente: Manifiesto que he leído este formulario y certifico que no le he dado, no le doy y no le daré atención y tratamiento de salud mental a:

Nombre completo:

Acepto la designación de agente de:

Nombre completo:

Firma del agente suplente y fecha: \_\_\_\_\_

### 8. PODER GENERAL

Mi agente de atención de salud mental tomará decisiones a nombre mío cuando se haya determinado, en la opinión de un médico o de un psicólogo certificado que me haya examinado personalmente, o cuando así lo determine un tribunal, que no tengo la capacidad para entender los riesgos, beneficios y alternativas a las decisiones de tratamiento dentro de mi atención de salud mental que están bajo consideración y que no puedo dar o comunicar razones racionales que apoyen mis decisiones de atención de salud mental debido a mi falta de capacidad para pensar y para recibir y evaluar información o a cualquier otra discapacidad cognitiva.

Mi agente de atención de salud mental tendrá la misma autoridad para tomar cualquier decisión de atención de salud mental que yo podría tomar. La autoridad de mi agente de atención de salud mental incluye, por ejemplo, el poder para:

- Solicitar y dar consentimiento para que me ingresen y den de alta de cualquier institución;
- Solicitar, dar consentimiento, autorizar o revocar el consentimiento dado a cualquier tipo de profesional o atención de salud mental que sea conforme con mis instrucciones que aparecen en la PRIMERA PARTE de este formulario y sujeto a las limitaciones que se establecen en la Sección 4 de esa parte;
- Contratar en mi nombre a cualquier centro o servicio de atención médica y contraer en mi nombre la obligación de pagar por tales servicios (y mi agente de atención de salud mental no será responsable financieramente por ninguno de los servicios o por la atención que contrate en nombre mío o para mí).

Mi agente de atención de salud mental será mi representante personal para todos los propósitos que establece la ley federal o estatal con relación a la privacidad de mis registros médicos (lo que incluye la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 [HIPAA]) y tendrá el mismo acceso que yo tengo a mis registros médicos y podrá divulgar su contenido a otras personas para motivos relacionados con mi atención continua de salud mental.

Mi agente de atención de salud mental puede acompañarme en una ambulancia o aeroambulancia si el personal de la ambulancia opina que el protocolo permite la presencia de un pasajero y mi agente me puede visitar o hablar conmigo en persona mientras estoy en un centro de tratamiento si su protocolo permite visitas.

Mi agente de atención de salud mental puede presentar una copia de esta directriz anticipada de atención psiquiátrica, en vez del original, y la copia tendrá el mismo significado y validez que el original.

Entiendo que de acuerdo con la ley de Georgia:

- Mi agente de atención de salud mental puede negarse a actuar como tal agente y que
- Un tribunal puede retirarle a mi agente de atención de salud mental sus poderes si descubre que no está actuando de acuerdo con esta directriz.

**9. ORIENTACIÓN PARA EL AGENTE DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL**

En caso de que se use mi directriz, mi agente debe empezar por leer mis instrucciones que se manifiestan en la PRIMERA PARTE. Si ocurre una situación con relación a la cual no he expresado mi preferencia o si no está disponible lo que prefiero, mi agente de atención de salud mental deberá pensar cuál acción sería conforme con lo que hemos conversado antes, con las preferencias de tratamiento que menciono en la PRIMERA PARTE, con mis creencias y valores religiosos y de otra índole y con la forma en la que he manejado en el pasado otras situaciones médicas y consideraciones importantes. Si sigue sin tener claro qué decidiría yo, mi agente de atención de salud mental debería tomar en mi nombre las decisiones que él crea que son las que más me convienen, tomando en cuenta los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales y de las opciones de tratamiento.

Impongo las limitaciones siguientes a la autoridad de mi agente para actuar en mi nombre:

**10. CUANDO EL CÓNYUGE ES EL AGENTE DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL**

(escriba sus iniciales si está de acuerdo con esta declaración o deje el espacio en blanco si no está de acuerdo)

\_\_\_\_\_ Deseo que la persona a la que he nombrado mi agente, que ahora es mi cónyuge, siga siendo mi agente aunque nos divorciemos o se anule nuestro matrimonio.

**TERCERA PARTE: OTROS ASPECTOS RELACIONADOS**

La TERCERA PARTE es opcional. Esta directriz anticipada de atención psiquiátrica tendrá validez aunque se deje en blanco la TERCERA PARTE.

**11. ORIENTACIÓN RELACIONADA CON LAS INSTANCIAS DE EJECUCIÓN DE LA LEY**

Por lo general, respondo a los agentes de ejecución de la ley de las maneras siguientes:

La(s) persona(s) siguiente(s) puede(n) ser útil(es) en caso de un evento relacionado con la ejecución de la ley.

Nombre:

Relación:

Número de teléfono de la casa:

Número de teléfono del trabajo:

Número de teléfono móvil:

Nombre:

Relación:

Número de teléfono de la casa:

Número de teléfono del trabajo:

Número de teléfono móvil:

**12. AYUDA DE OTRAS PERSONAS**

Las personas siguientes son parte de mi sistema de apoyo y se les debe contactar en caso de una crisis:

1. Nombre de la persona que da apoyo, relación, información de contacto y responsabilidad

2. Nombre de la persona que da apoyo, relación, información de contacto y responsabilidad

3. Nombre de la persona que da apoyo, relación, información de contacto y responsabilidad

#### CUARTA PARTE: ENTRADA EN VIGOR Y FIRMAS

Esta directriz anticipada de atención psiquiátrica (PAD) entrará en vigor únicamente cuando se haya determinado, en la opinión de un médico o de un psicólogo certificado que me haya examinado personalmente, o cuando así lo determine un tribunal, que no puedo entender los riesgos y beneficios, así como las alternativas a las decisiones de tratamiento dentro de mi atención de salud mental que estén bajo consideración y que no puedo dar o comunicar razones racionales que apoyen mis decisiones de atención de salud mental debido a mi falta de capacidad para pensar y para recibir y evaluar información o a cualquier otra discapacidad cognitiva.

Este formulario revoca cualquier directriz anticipada de atención psiquiátrica que yo haya firmado antes de esta fecha. En la medida en la que este formulario esté en conflicto o no sea conforme con cualquier directriz anticipada de atención médica, poder de duración indefinida para atención médica, poder para casos de emergencias médicas o testamento en vida que yo haya firmado en cualquier momento, este formulario regirá todo lo relativo a mi atención de salud mental.

A menos que haya escrito mis iniciales a continuación y que haya dado alternativas de fechas o eventos futuros, esta directriz anticipada de atención psiquiátrica entrará en vigor en el momento que la firme y se mantendrá en vigor hasta que muera.

\_\_\_\_\_Esta directriz anticipada de atención psiquiátrica entrará en vigor el o a partir del (fecha)\_\_\_\_\_

(Iniciales)

\_\_\_\_\_Esta directriz anticipada de atención psiquiátrica se dará por terminada el o a partir del (fecha)\_\_\_\_\_

(Iniciales)

*Debe firmar con fecha o reconocer, ante la presencia de dos testigos, haber firmado y fechado este formulario. Ambos testigos deben estar en pleno uso de sus facultades mentales y tener más de 18 años, pero no tienen que estar juntos o con usted cuando firme este formulario.*

*Un testigo:*

- *No puede ser una persona que haya sido seleccionada como su agente de atención de salud mental principal o suplente en la SEGUNDA PARTE;*
- *No puede ser un profesional médico que le esté dando atención de salud mental al momento en que usted firma la PAD o un empleado del profesional, a menos que sea un familiar, amigo o asociado suyo y que no participe directamente en su atención de salud mental, y*
- *De igual manera, ningún empleado del Departamento de Salud Conductual y Discapacidad de Desarrollo (DBHDD), de una agencia pública local de salud mental o de cualquier organización que tenga una relación contractual con una autoridad pública local de salud mental, podrá actuar como su agente, a menos que sea un familiar, amigo o asociado suyo y no participe directamente en su atención médica.*

Formulario de la Directriz Anticipada de Atención Psiquiátrica (PAD) de Georgia

Firmas

Al firmar a continuación, declaro que estoy en pleno uso de mis facultades mentales y que puedo emitir esta directriz anticipada de atención psiquiátrica, así como que entiendo su propósito y efecto.

\_\_\_\_\_

Firma del declarante Fecha

El declarante firmó este formulario ante mi presencia o reconoció ante mí que lo había formado. Según mi observación personal, el declarante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y ser mentalmente capaz de hacer esta directriz anticipada de atención psiquiátrica y de firmar este formulario de manera deliberada y voluntaria.

\_\_\_\_\_

Firma del primer testigo Fecha

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del segundo testigo Fecha

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*No es necesario notariar este formulario.*