
¿Puedo planificar ahora el tratamiento de salud mental que querría si tuviera una crisis?

Si tiene una discapacidad y necesita este documento en un formato alternativo, llame al 503-945-9716 (voz) o al 800-375-2863 (TTY).

***Una guía para la Declaración para el
tratamiento de salud mental de Oregon
Revisada en abril de 2015***

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS

Planificar su tratamiento de salud mental

¿Puedo planificar ahora el tratamiento de salud mental que querría si tuviera una crisis?

Sí. Puede hacer planes ahora para los momentos en que tal vez no pueda tomar sus propias decisiones con respecto a su tratamiento de salud mental.

¿Cómo puedo planificar con antelación?

Oregon tiene un formulario que puede completar y firmar ahora para protegerse en caso de que tenga crisis y no sea capaz de tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento. Este formulario se llama **Declaración para el tratamiento de salud mental**.

¿Quién determina si no soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre el tratamiento?

Solo un tribunal o dos médicos pueden determinar si usted no es capaz de entender y tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental.

*El formulario de la **Declaración** se usa únicamente cuando usted no es capaz de entender y tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental.*

¿Qué tipo de planificación anticipada me permite hacer la Declaración para el tratamiento de salud mental de Oregon?

Puede hacer elecciones sobre su atención de salud mental futura. Puede describir el tipo de atención que desea recibir. Puede además describir el tipo de atención que no desea recibir.

También puede proporcionar más información sobre sus necesidades relativas al tratamiento de salud mental.

*Conviene preparar esta parte de la **Declaración** con atención. Es posible que desee hablar de esta sección con su médico o proveedor de salud mental.*

¿Puedo pedirle a alguien que hable por mí cuando tenga una crisis y no pueda hablar por mi cuenta?

Sí. Puede optar por que un adulto lo represente. Debe ser alguien en quien *usted confíe* para tomar decisiones sobre su atención de salud mental cuando usted no pueda hacerlo por su cuenta. Por supuesto, la persona que usted nombre debe aceptar hacerlo.

En el formulario de la **Declaración**, la persona que usted haya elegido se denomina *representante*.

¿Debo elegir a un abogado?

No.

¿Puede mi representante tomar decisiones relativas al tratamiento de salud mental que cambien mis deseos sobre el tratamiento?

No. Su representante *debe* cumplir sus deseos. Sería bueno que hablara con su representante sobre sus deseos.

Incluso si usted no ha comunicado sus deseos, su representante debe tomar decisiones que se ajusten lo más posible al tipo de decisiones que usted tomaría por su cuenta si pudiera hacerlo.

Su médico no está obligado a administrarle los medicamentos que usted haya elegido en su formulario de la **Declaración** si considera que no son buenos para usted. Sin embargo, su médico debe tener la *autorización* de su representante para administrarle un medicamento que *no esté indicado* en la **Declaración**.

Por este motivo, es importante que elija a alguien que lo conozca bien y en quien usted confíe.

¿Cómo puedo asegurarme de que seguirán mis instrucciones?

Para que sigan sus instrucciones, usted o su representante *deben* entregarle copias de su formulario de la **Declaración** completado a su médico o proveedor de salud mental. Su representante debe guardar una copia y es buena idea que usted también guarde una.

¿Se pueden cambiar mis instrucciones alguna vez?

Así haya firmado o no un formulario de **Declaración**, si usted se encuentra en una reclusión psiquiátrica involuntaria de emergencia, o si la reclusión la estableció un tribunal, su médico puede igualmente administrarle el medicamento que usted no quería. Su médico puede hacer esto únicamente siguiendo pautas legales muy estrictas.

Si preparo y firmo una Declaración para el tratamiento de salud mental, ¿será válida para siempre?

No. La **Declaración para el tratamiento de salud mental** firmada solo es válida durante tres años y se debe renovar. Sin embargo, si usted no pudiera tomar decisiones relativas al tratamiento de salud mental durante estos tres años, la **Declaración** permanecerá vigente hasta el momento en que recupere su capacidad para volver a tomar sus propias decisiones.

¿Puedo cambiar mis instrucciones escritas para el tratamiento de salud mental o cancelar mi formulario de la Declaración?

Sí. Siempre que pueda entender la información que le den sobre las elecciones que puede hacer para su tratamiento de salud mental, puede cambiar sus instrucciones para el tratamiento de salud mental por escrito o cancelar su formulario de la **Declaración**.

Declaración para el tratamiento de salud mental

Por supuesto, para asegurarse de que se cumplan sus deseos, usted *debe* darle a su médico o a su proveedor de salud mental un formulario de la **Declaración** nuevo que incluya los cambios que quiera.

Sin embargo, si un tribunal o dos médicos deciden que usted *no es capaz de entender sus opciones de tratamiento de salud mental y que no puede hacer elecciones sobre su tratamiento de salud mental*, no tendrá permitido cambiar sus instrucciones por escrito ni cancelar su **Declaración** hasta que no vuelva a recuperar su capacidad para entender sus opciones de tratamiento.

Pero este es el motivo por el que escribió sus futuros deseos en el formulario de **Declaración para el tratamiento de salud mental**: *quiere protegerse cuando tenga una crisis y no pueda tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento*.

Si me mudo del estado de Oregon, ¿mi Declaración seguirá siendo válida?

Depende del lugar al que vaya. Cada estado tiene sus propias normas.

¿Pueden forzarme a hacer una Declaración para la salud mental?

No. *Nadie*, ninguna aseguradora, ningún médico, ningún proveedor de tratamientos de salud ni ninguna otra persona tienen permitido obligarlo a hacer un formulario de la **Declaración**. Debe elegir *libremente* si desea hacer y firmar la **Declaración para el tratamiento de salud mental**.

Los testigos que firmen su formulario de la **Declaración** deben ser personas que usted conozca y en quienes confíe. Ellas pueden verificar que usted firmó el formulario por su libre elección, *sin que nadie lo obligara*.

INSTRUCCIONES

Es usted quien decide en totalidad si desea o no tener una Declaración para el tratamiento de salud mental (la “**Declaración**”).

Antes de completar su **Declaración**, debe leer con atención el

AVISO PARA LA PERSONA QUE HACE UNA DECLARACIÓN PARA EL
TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL
así como el
AVISO PARA EL MÉDICO O PROVEEDOR

que aparecen en las páginas 8 a 9 del formulario de la **Declaración**. Estos avisos le brindan un poco de información general sobre la **Declaración**.

Una vez que hace su **Declaración**, esta permanece vigente durante tres años salvo que usted la revoque. Pasados los tres años, deja de ser válida. Debe firmar una Declaración nueva. Si, después de los tres años, no puede firmar una nueva **Declaración**, la **Declaración** permanecerá vigente hasta que usted recupere su capacidad.

Si usted decide que no quiere tener una **Declaración** o si desea cambiarla, puede hacerlo. Para revocar la **Declaración**, dígale a su médico, su proveedor y a otras personas que tengan su **Declaración** que usted ya no quiere que siga vigente. Para mantenerse a salvo, debería hacer esto por escrito o conseguir todas las copias de la **Declaración** y romperlas. Además, no puede revocar su **Declaración** si lo declararon incapaz.

Si hay alguna parte de este documento que usted no entienda después de leer los avisos y las siguientes instrucciones, debe pedirle a un abogado que se las explique.

Cómo completar un formulario de Declaración para el tratamiento de salud mental

Lo primero

En primer lugar, usted debe encontrarse mentalmente competente para hacer una **Declaración**. En segundo lugar, necesita un formulario oficial para completar. No puede hacer una **Declaración** legal sin uno. El formulario que se adjunta a estas instrucciones es oficial y será válido si se completa, se firma y atestigua correctamente.

Para ser válido y eficaz, el formulario debe:

- a. Incluir su nombre.
- b. Tener su firma y la fecha de su firma.
- c. Estar firmado y fechado por dos testigos que hayan estado presentes cuando usted firmó la **Declaración**. *Ellos deben considerar que usted se encuentra mentalmente competente al momento de firmar el formulario.*
- d. Incluir sus instrucciones sobre el tratamiento de salud mental.

Siga estos pasos para hacer una **Declaración para el tratamiento de salud mental** válida:

Paso 1 - Nombre

Escriba a mano o a máquina su nombre de forma legible en la primera línea del formulario después de la palabra “Yo”.

Paso 2 - Elección de la persona a cargo de tomar decisiones

En la próxima sección, debe elegir a la persona que tomará las decisiones por usted si se vuelve incapaz de dar su consentimiento para el tratamiento de salud mental. Puede elegir a la persona que lo tratará o a un representante. Coloque sus iniciales en la línea junto a su única elección.

Declaración para el tratamiento de salud mental

Si bien el formulario no lo dice, algunas personas no pueden desempeñarse como su representante. Las personas que NO PUEDEN ser su representante son:

- ▶ Su médico, su proveedor de servicios de salud mental o un empleado de su médico o proveedor, salvo que usted tenga un vínculo familiar con esa persona.
- ▶ Un propietario, administrador o empleado de un centro de atención médica donde usted viva o del que sea paciente, salvo que usted tenga un vínculo familiar con esa persona.

Si no designa a un representante o si la persona que designa no acepta la designación o queda descalificada para desempeñarse, todas las demás instrucciones de la **Declaración** siguen siendo válidas.

Paso 3 - Representante designado

Si elige un representante, debe completar cada espacio en blanco con la información solicitada sobre la persona en la página 3 del formulario. Si elige designar a alguien como suplente de su representante, entonces debe completar la información relativa al representante suplente también en la página 3 del formulario.

Paso 4 - Indicaciones para el tratamiento de salud mental

La siguiente parte del formulario, que se titula “INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL” es donde usted detalla sus instrucciones sobre el tratamiento de salud mental que desea y que no desea. Sus indicaciones pueden incluir sus deseos con respecto a los medicamentos, el ingreso y la estadía en un centro de tratamiento de salud mental (durante no más de 17 días), el tratamiento electroconvulsivo, así como los servicios ambulatorios. Esta sección se divide en tres partes por separado, que se abordan en esta sección de instrucciones como el Paso 4A, el Paso 4B y el Paso 4C.

Paso 4A - Tratamientos de salud mental para los que da su consentimiento

En la página 4 del formulario, en “INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE

SALUD MENTAL”, usted detalla sus instrucciones sobre los tipos de tratamiento de salud mental que desea aprobar. Si quiere que el proveedor o su representante sigan instrucciones específicas, es ahí donde debe incluirlas.

- ▶ Si quiere dar su consentimiento para ciertos tipos de fármacos, entonces debe especificar cuáles medicamentos en particular aprueba.
- ▶ Si quiere dar su consentimiento para los fármacos que el médico pueda recomendar, indique: “doy mi consentimiento para los medicamentos que mi médico me recomiende”.
- ▶ Si quiere limitar su consentimiento de algún modo, como en lo que respecta a la dosis máxima, o si desea que se considere cierta información, como las alergias que pueda tener, puede agregar estas instrucciones o información. Puede especificar sus condiciones o limitaciones. Puede también indicar por qué se debería usar un medicamento específico con una dosis específica.
- ▶ Si tiene un representante, se asumirá que su representante debe dar su consentimiento para la dosis y el tipo de medicamento.
- ▶ Si acepta el tratamiento con internación a corto plazo, también puede especificarlo. Puede además especificar el centro o proveedor en particular que acepta para este tratamiento con internación a corto plazo.
- ▶ Puede aceptar recibir un tratamiento electroconvulsivo, que incluye el “tratamiento de choque” o la terapia electroconvulsiva (*electroconvulsive treatment*, ECT). Si desea tomar una decisión por adelantado sobre este tipo de tratamiento, puede hacerlo en esta sección o en el Paso 4B. Puede incluir una limitación con respecto a la cantidad o el tipo de tratamientos para los que dé su consentimiento o una indicación para consultar a su representante sobre estas decisiones.
- ▶ Si indica que da su consentimiento para cualquier tipo de tratamiento de salud mental, no necesariamente lo recibirá. Primero un médico debe recomendar el tratamiento para su afección. Su consentimiento no le da al médico el derecho a hacer recomendaciones inadecuadas.

Paso 4B - Tratamientos de salud mental para los que no da su consentimiento

En la próxima serie de espacios para completar en el formulario, en la parte superior de la página 5, ingresará las instrucciones sobre los tipos de tratamiento de salud mental

Declaración para el tratamiento de salud mental

para los que no da su consentimiento. Si quiere que el proveedor o su representante sigan instrucciones específicas, es ahí donde debe incluirlas. Debe tener presente que pueden tratarlo sin consentimiento si usted está retenido en virtud de las leyes de reclusión involuntaria o se encuentra en una situación de emergencia en la que su vida o salud corren peligro.

- ▶ Si no desea dar su consentimiento para ciertos tipos de fármacos o dosis, indique: “no consiento que se administren los siguientes medicamentos: _____” y escriba los nombres o tipos de fármacos que rechaza.
- ▶ Si desea negarse a dar su consentimiento para tomar todos los fármacos, escriba: “me niego a tomar todos los medicamentos”.
- ▶ Si desea explicar por qué se niega a dar su consentimiento, puede especificarlo. Por ejemplo, puede corroborar su negación documentando los efectos adversos, las alergias o diagnósticos incorrectos que haya tenido a partir de un medicamento o tratamiento de salud mental en particular.
- ▶ Si no acepta el tratamiento con internación a corto plazo, también puede especificarlo. Además, puede especificar que no acepta un centro o proveedor en particular para este tratamiento con internación a corto plazo.
- ▶ Si no acepta el tratamiento electroconvulsivo y quiere tomar una decisión por anticipado sobre este tipo de tratamiento, que incluye el “tratamiento de choque” o la terapia electroconvulsiva (ECT), también puede indicarlo.

Paso 4C - Información adicional sobre su salud mental

En la parte superior de la página 6, incluirá la información adicional sobre sus necesidades de salud mental. Puede incluir todo lo que sea relevante para sus deseos con respecto a su tratamiento de salud mental en esta sección. El formulario le pide que considere los antecedentes de salud mental, los antecedentes de salud física, los requisitos para la dieta, las inquietudes religiosas, las personas a las que se debe notificar y otros asuntos de importancia. En “otros asuntos de importancia” podría incluir cualquier cosa relacionada con el tratamiento que considere que puede mejorar su salud mental.

Declaración para el tratamiento de salud mental

- ▶ Por ejemplo, puede decir que, cuando se molesta mucho, lo que más calma le da es sentarse en tranquilidad en una habitación oscura con la puerta abierta. Por otra parte, puede especificar que lo peor para usted cuando se molesta mucho es que lo dejen en una habitación cerrada. El médico no tiene que seguir estas instrucciones pero, si sabe lo que funciona y lo que no funciona, puede estar dispuesto a tratarlo según sus deseos.
- ▶ Si usted reconoce que, por su experiencia, la participación regular en un centro social dirigido por consumidores le brinda la mayor sensación de alivio, entonces puede solicitar que su terapia incluya la participación en un centro de este tipo. Su elección no garantiza que haya un programa así disponible.
- ▶ Si quisiera asegurarse de que a determinada persona le digan o no le digan que usted tuvo una crisis/está en el hospital, puede especificarlo.

Paso 5 - Su firma

Firme e indique la fecha en la parte inferior de la página 6. Hágalo en frente a dos testigos. Su firma debe aparecer en este lugar para que todas las instrucciones sean válidas.

Paso 6 - Confirmación de los testigos

Haga que dos testigos firmen e indiquen la fecha en la página 7 de la sección titulada ***“Confirmación de los testigos”***.

Algunas personas **NO PUEDEN** desempeñarse como testigos. Las personas que **NO PUEDEN** ser sus testigos incluyen a:

- ▶ Su representante o representante suplente. Ninguna de las personas que designe en el Paso 2 (“Elección de la persona a cargo de tomar decisiones”) puede ser testigo.
- ▶ Un médico o proveedor de servicios de salud mental que lo esté tratando, o un familiar de una persona que lo esté tratando. Su administrador de casos, los médicos que lo estén tratando mientras usted está en el hospital, su consejero o su psiquiatra privado no pueden desempeñarse como testigos.

- ▶ El propietario o administrador del centro donde usted viva, o un familiar de estas personas. Por ejemplo, si vive en un hogar grupal, el propietario o el personal del sitio no pueden ser testigos. Lo mismo se aplica al personal de los centros de cuidados, los hogares de crianza temporal, los hogares de alojamiento y cuidados, etc.

- ▶ Una persona vinculada a usted por consanguineidad, matrimonio u adopción.

Cuando los testigos firman el formulario reconocen que:

- (1) usted firmó la **Declaración**;
- (2) *consideran que usted se encontraba mentalmente competente al momento de firmar el formulario;*
- (3) *consideran que usted no estuvo bajo coacción, fraude ni una influencia indebida al momento de firmar el formulario.*

Paso 7 - Firmas de otras partes

Si usted tiene un representante, entonces asegúrese de que este haya firmado y fechado la aceptación de la designación en la página 7. De igual modo, si tiene un representante suplente, asegúrese de que este haya firmado y fechado la aceptación de la designación en la página 7.

Paso 8 - Entrega de las copias

Asegúrese de entregar copias del formulario completado a los médicos, proveedores o centros de los que cree que recibirá tratamiento. Si designó a un representante, asegúrese de que esta persona también tenga una copia. No se pueden seguir sus instrucciones si no se sabe que existen.

Declaración para el tratamiento de salud mental

Atención: Este es un documento legal que contiene información importante sobre las preferencias o instrucciones sobre el tratamiento de salud mental de la persona afectada.

Declaración para el tratamiento de salud mental

Yo, _____, que soy un adulto en su sano juicio, hago esta Declaración para el tratamiento de salud mental de forma deliberada y voluntaria. Quiero que se tenga en cuenta esta Declaración si un tribunal o dos médicos determinan que no soy capaz de tomar decisiones por mi cuenta porque mi capacidad para recibir y evaluar la información de forma eficaz o para comunicar mis decisiones se ve afectada a tal punto que no puedo rechazar ni aceptar un tratamiento de salud mental. “Tratamiento de salud mental” refiere al tratamiento de las enfermedades mentales con psicofármacos, el ingreso y la retención en un centro de atención médica durante un período de hasta 17 días, el tratamiento electroconvulsivo y los servicios ambulatorios especificados en esta Declaración.

Elección de la persona a cargo de tomar decisiones

Si me vuelvo incapaz de dar o de negarme a dar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, quiero que estas decisiones las tome: (COLOQUE SUS INICIALES SOLO EN UNA DE LAS OPCIONES)

- _____ Mi representante designado teniendo en cuenta mis deseos o, si se desconocen mis deseos, mi representante según lo que este considere que es más beneficioso para mí.

- _____ El proveedor de salud mental que requiera mi consentimiento para tratarme, pero solo como se autorice específicamente en esta Declaración.

Representante designado

Si opté por designar a un representante para tomar decisiones con respecto al tratamiento de salud mental por mí cuando yo no sea capaz de hacerlo, nombro aquí a esa persona. También puedo nombrar a un representante suplente. Cada persona que designe debe aceptar la designación para desempeñarse. Entiendo que no tengo la obligación de designar a un representante para completar esta Declaración.

Por el presente, designo a: NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

N.º DE TELÉFONO _____

para desempeñarse como mi representante con la finalidad de tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud mental si me vuelvo incapaz de dar o de negarme a dar el consentimiento informado para ese tratamiento.

(OPCIONAL)

Si la persona nombrada arriba se niega a actuar en mi nombre o no puede hacerlo, o si revoco la potestad de esa persona para actuar como mi representante, autorizo a la siguiente persona a ser mi representante:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

N.º DE TELÉFONO _____

Mi representante está autorizado a tomar decisiones que sean coherentes con los deseos que expresé en esta Declaración o, si no están expresados, con los deseos que mi representante conozca de otro modo. Si mis deseos no están expresados y mi representante no los conoce de otro modo, este puede actuar según lo que considere mejor para mí. Mi representante también está autorizado a recibir información sobre el tratamiento de salud mental propuesto y a recibir, revisar y consentir la divulgación de la historia clínica relativa a ese tratamiento.

Indicaciones para el tratamiento de salud mental

Esta Declaración me permite expresar mis deseos sobre los tratamientos de salud mental, lo que incluye los psicofármacos, el ingreso y la retención en un centro de atención médica para el tratamiento de salud mental durante un período que no supere los 17 días, el tratamiento electroconvulsivo y los servicios ambulatorios.

Si me vuelvo incapaz de dar o de negarme a dar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, estos son mis deseos: **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL:** (Puede incluir los tipos y dosis de medicamentos, el tratamiento con internación a corto plazo, un proveedor o centro de preferencia, el transporte a un proveedor o centro, el tratamiento electroconvulsivo o los tratamientos ambulatorios alternativos).

Confirmación de los testigos

Confirmando que la persona que firmó esta Declaración:

- (a) es alguien a quien conozco personalmente;
- (b) firmó o reconoció su firma en esta Declaración en mi presencia;
- (c) parece estar en su sano juicio y no encontrarse bajo coacción, fraude ni una influencia indebida;
- (d) no está vinculada a mí por consanguineidad, matrimonio ni adopción;
- (e) no es paciente ni residente en un centro que yo dirija u administre, o que dirija u administre uno de mis familiares;
- (f) no es mi paciente y no recibe servicios de salud mental de mi parte ni de la de uno de mis familiares;
- (g) no me designó como su representante en este documento.

Atestiguado por:

[Firma del testigo (nombre del testigo en letra de molde)/fecha]

[Firma del testigo (nombre del testigo en letra de molde)/fecha]

Aceptación de la designación como representante

Acepto esta designación y acepto desempeñarme como representante para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental. Entiendo que debo actuar de forma coherente con los deseos de la persona que represento, según se expresa en esta Declaración, o, si no se expresa, según lo tenga entendido de otro modo. Si no conozco los deseos de la persona que represento, tengo el deber de actuar según lo que de buena fe considero que es mejor para esa persona. Entiendo que este documento me otorga la potestad para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental únicamente cuando un tribunal o dos médicos hayan determinado que dicha persona no es capaz de tomar esas decisiones. Entiendo que la persona que me designó puede revocar esta Declaración en su totalidad o en parte comunicando la revocación al médico especialista o a otro proveedor siempre que la persona sea capaz.

[Firma del representante (nombre en letra de molde) y fecha]

[Firma del representante suplente (nombre en letra de molde) y fecha]

Aviso para la persona que hace una Declaración para el tratamiento de salud mental

Este es un documento legal importante. Crea una Declaración para el tratamiento de salud mental. Antes de firmar este documento, debe conocer estos datos importantes:

Este documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre ciertos tipos de tratamiento de salud mental: los psicofármacos, el ingreso a corto plazo (no más de 17 días) a un centro de tratamiento, el tratamiento electroconvulsivo y los servicios ambulatorios. Los servicios ambulatorios son los servicios de salud mental que proporcionan con cita los profesionales y programas habilitados. Las instrucciones que incluya en esta Declaración se cumplirán únicamente si un tribunal y dos médicos consideran que usted es incapaz de tomar decisiones sobre el tratamiento. De otro modo, se considerará que usted es capaz de dar o negarse a dar su consentimiento para los tratamientos. Sus instrucciones pueden quedar anuladas si usted se encuentra retenido en virtud de las leyes de reclusión involuntaria.

Usted también puede designar a una persona como su representante para tomar decisiones sobre el tratamiento en su lugar si usted se vuelve incapaz. La persona que designe tendrá el deber de actuar de forma coherente con sus deseos según se indique en este documento o, si no se indica, según los deseos que el representante conozca de otro modo. Si su representante no conoce sus deseos, debe tomar decisiones según lo que considere mejor para usted. Para que la designación sea eficaz, la persona que usted designe debe aceptar la designación por escrito. La persona también tiene derecho a negarse a actuar como su representante en cualquier momento. Las leyes estatales también hacen referencia al representante como “apoderado”, pero no hace falta que esta persona sea un abogado.

Este documento seguirá vigente durante un período de tres años salvo que usted se vuelva incapaz de participar en las decisiones sobre el tratamiento de salud mental. Si esto ocurre, las instrucciones seguirán vigentes hasta que usted deje de ser incapaz.

Usted tiene derecho a revocar este documento en su totalidad o de forma parcial en cualquier momento, siempre que no lo hayan declarado incapaz. ***USTED NO PUEDE REVOCAR ESTA DECLARACIÓN SI UN TRIBUNAL O DOS MÉDICOS LO DECLARAN INCAPAZ.*** La revocación queda vigente cuando se comunica a su médico especialista o a otro proveedor.

Si hay alguna parte de este documento que usted no entiende, debe pedirle a un abogado que se la explique. Esta Declaración no será válida a menos que esté firmada por dos testigos calificados que usted conozca personalmente y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

Aviso para el médico o proveedor

En virtud de las leyes de Oregon, una persona puede usar esta Declaración para dar su consentimiento para el tratamiento de salud mental o para designar a un representante con la finalidad de que tome decisiones sobre el tratamiento de salud mental cuando la persona no sea capaz de hacerlo por su cuenta. Una persona es “incapaz” cuando, según lo entienden un tribunal o dos médicos, la capacidad de la persona para recibir y evaluar la información de forma eficaz o para comunicar las decisiones se ve afectada a tal punto que la persona en ese momento no es capaz de tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental. Este documento empieza a aplicarse cuando se entrega al médico u a otro proveedor de la persona, y sigue vigente hasta que se revoque o expire. Al recibir esta Declaración, el médico o proveedor la deben incorporar a la historia clínica de la persona. Al actuar en virtud de la autoridad de la Declaración, el médico o proveedor debe cumplir con ella en la mayor medida posible. Si el médico o el proveedor no está dispuesto a cumplir con la Declaración, puede negarse a proporcionar el tratamiento según su juicio profesional y debe notificar a la persona de inmediato, así como a su representante, y documentar la notificación en la historia clínica de la persona. El médico o proveedor que administre o que no administre el tratamiento de salud mental de buena fe en virtud de la validez de esta Declaración no quedará sujeto al procesamiento penal, la responsabilidad civil o las medidas disciplinarias profesionales que surjan de un hallazgo posterior sobre la invalidez de la Declaración.

Esta guía para la Declaración para el tratamiento de salud mental de Oregon y el formulario se elaboraron en virtud de la Sección 127.700 de 127.736 de los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS).

Para obtener más información, comuníquese:

Autoridad de Salud de Oregon
División de Adicciones y Salud Mental
500 Summer Street NE, E-86
Salem, Oregon 97301
503- 945-9716

NAMI-Oregon
4701 SE 24th Ave., Suite E
Portland, OR 97202
503-230-8009

Disability Rights Oregon
610 SW Broadway, Suite 200
Portland, OR 97205
503-243-2081

Esta es una tarjeta que puede completar y llevar con usted:

Información médica de emergencia	
Nombre: _____	
Escribí una Declaración para el tratamiento de salud mental que está archivada en:	

Comuníquese con mi representante de inmediato al:	
_____	_____
Nombre	Teléfono
o con mi representante suplente al:	
_____	_____
Nombre	Teléfono

RECONOCIMIENTOS

Escrito en 1994 por:

Patricia Backlar
Centro de la Ética en la Atención Médica de
Oregon Health & Science University

Junta Editorial:

Brett D. Asmann, M.A.
Coordinador del proyecto

Mary Alice Brown, Ph.D.

Roderick Calkins, Ph.D.

Nellie Fox-Edwards

Gary Cornelius

Theodore Falk, J.D., Ph.D.

Michael Garland, D.Sc. Rel.

Rex Surface, M.S.W.

Robert C. Joondeph, J.D.
Redacción de instrucciones

Richard C. Lippincott, M.D.

Sandra Millius

Linda O'Mallia, M.C.S.W., B.C.D.

Garrett Smith, M.P.A.

Gary Smith, M.S.

Stanley Sturges, M.D.

Un agradecimiento especial a los usuarios de los servicios de
salud mental que revisaron y comentaron el texto.

Actualizado por:

Robert C. Joondeph, J.D., Centro de Defensa de Oregon
Jan E., Friedman, J.D., Centro de Defensa de Oregon
Bob Nikkel, Oficina de Servicios de Salud Mental y Adicciones
Jamie Rockwell, Oficina de Servicios de Salud Mental y Adicciones

Enero de 2002