

# DECLARACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_, una persona adulta en pleno uso de mis facultades mentales, hago de forma voluntaria la siguiente declaración sobre el tratamiento de salud mental que deberá administrarse en caso de que un tribunal determine que mi capacidad para comprender la naturaleza y los efectos de un tratamiento (incluidos los riesgos, las ventajas y las alternativas al tratamiento propuesto) está afectada de tal manera que no puedo tomar decisiones sobre el tratamiento de mi salud mental. "Tratamiento de salud mental" se refiere a la terapia por electrochoque u otra terapia convulsiva, el tratamiento de una enfermedad mental con medicamentos psicoactivos, y las preferencias en cuanto al tratamiento de salud mental en caso de emergencia.

(PÁRRAFO OPCIONAL) Entiendo que algún día podría ser incapaz de dar o denegar mi consentimiento informado para recibir tratamiento de salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Estos síntomas son, entre otros:

---

---

## MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS

En caso de quedar incapacitado para dar o denegar mi consentimiento informado para recibir un tratamiento de salud mental, mis deseos en lo que se refiere a los medicamentos psicoactivos son:

Doy permiso para que me administren los siguientes medicamentos:

---

No doy permiso para que me administren los siguientes medicamentos:

---

Doy permiso para que me administren un medicamento aprobado a nivel federal por la Administración de Medicamentos y Alimentos que haya sido aprobado y que haya existido después de hacer esta declaración, y que esté clasificado en la misma categoría de los siguientes medicamentos psicoactivos:

---

Condiciones o limitaciones:

---

---

## TERAPIA CONVULSIVA

En caso de quedar incapacitado para proporcionar o denegar mi consentimiento informado para recibir un tratamiento de salud mental, mis deseos en lo que se refiere a la terapia convulsiva son:

Doy permiso para que me administren terapia convulsiva.

No doy permiso para que me administren terapia convulsiva.

Condiciones o limitaciones:

---

---

# PREFERENCIAS RELACIONADAS CON LOS TRATAMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, prefiero que me administren PRIMERO el siguiente tratamiento (marcar con un círculo): Sujeciones                      aislamiento                      Medicamentos

En caso de emergencia, prefiero que me administren EN SEGUNDO LUGAR el siguiente tratamiento (marcar con un círculo): Sujeciones                      aislamiento                      Medicamentos

En caso de emergencia, prefiero que me administren EN TERCER LUGAR el siguiente tratamiento (marcar con un círculo): Sujeciones                      aislamiento                      Medicamentos

\_\_\_\_\_ Prefiero que un hombre/una mujer administre las sujeciones, el aislamiento o los medicamentos.

Tratamientos opcionales previos al uso de sujeciones, aislamiento o medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condiciones o limitaciones:

\_\_\_\_\_

## OTRAS PREFERENCIAS O INSTRUCCIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condiciones o limitaciones:

\_\_\_\_\_

Firma del interesado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA RECONOCIDA ANTE UN NOTARY PUBLIC**

State of Texas

County of \_\_\_\_\_

This instrument was acknowledged before me on \_\_\_\_\_ (date) by \_\_\_\_\_ (name of notary public).

\_\_\_\_\_  
NOTARY PUBLIC, State of Texas

Printed name of Notary Public:

\_\_\_\_\_

My commission expires: \_\_\_\_\_

*FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS*

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS**

Declaro, so pena de perjurio, que el nombre del interesado me fue comunicado por el propio interesado, que el interesado firmó o confirmó su declaración en mi presencia, que considero que el interesado está en uso de sus facultades mentales, que el interesado afirmó conocer la naturaleza del documento y que lo firma de manera voluntaria y libre de coacción; que el interesado me pidió que actuara en calidad de testigo en la ejecución de este documento, y que no soy proveedor de servicios de atención médica o residencial del interesado, empleado del proveedor de servicios de atención médica o residencial del interesado, operador de un centro médico comunitario que atiende al interesado ni empleado de un operador de un centro médico comunitario que atiende al interesado.

Declaro que no estoy emparentado con el interesado por lazos de sangre, matrimonio o adopción y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho ni puedo reclamar la propiedad testamentaria del interesado a la muerte de este en virtud de algún testamento o por aplicación de la ley.

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**AVISO PARA LA PERSONA QUE HACE UNA DECLARACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL.**

Este es un documento legal importante. Se trata de una declaración sobre el tratamiento de salud mental. Antes de firmar este documento, tenga en cuenta lo siguiente:

Este documento le permite tomar decisiones ahora sobre el tratamiento futuro de la salud mental, específicamente tres tipos de tratamiento: medicamentos psicoactivos, terapia convulsiva y tratamiento de emergencia. Las instrucciones que dé en esta declaración se seguirán solamente si un tribunal cree que usted no tiene la capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento. De lo contrario, se le considerará capaz de dar o denegar consentimiento para los tratamientos.

Este documento tiene una validez de tres años, a menos que usted quede incapacitado para tomar decisiones sobre tratamiento de salud mental. En ese caso, la directiva seguirá vigente hasta que usted deje de estar incapacitado.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento este documento parcial o totalmente siempre que no se determine que está incapacitado. **NO PODRÁ REVOCAR ESTA DECLARACIÓN SI UN TRIBUNAL CONSIDERA QUE ESTÁ INCAPACITADO.** Esta revocación surtirá efecto cuando se le comunique al doctor responsable u otro proveedor de atención médica.

Si hubiera algo en este documento que no entiende, pídale a un abogado que se lo explique. Esta declaración no será válida a menos que se confirme en presencia de un notary public o la firmen dos testigos competentes que usted conozca personalmente y que estén presentes cuando usted firme o confirme su firma.