

PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Formulario legal

Yo, _____, una persona adulta en uso de mis plenas facultades mentales, accedo por propia voluntad a realizar la presente declaración sobre el tratamiento de salud mental. En caso de incapacidad absoluta, deseo que se aplique la presente declaración, según el Artículo 36-3281, de los Estatutos revisados de Arizona. Designo a _____ (incluir el nombre de la persona, dirección y número de teléfono) como mi representante para todas las cuestiones relacionadas con el cuidado de mi salud mental, incluyendo, sin límites, poder absoluto para otorgar o denegar consentimiento a toda atención médica, quirúrgica, hospitalaria y relacionada con el cuidado de la salud mental. En caso de que mi representante se vea imposibilitado de hacer cumplir mi voluntad o no esté dispuesto a hacerlo o a continuar haciéndolo, designo a _____ (incluir el nombre de la persona, dirección y número de teléfono) como mi representante. Deseo que mi representante tome decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud mental de acuerdo a mi propia voluntad, según se expresa en el presente documento o, en caso de que no se manifieste específicamente, según su propio conocimiento.

Si mi voluntad no fuera conocida por mi representante, deseo que él mismo tome decisiones sobre el cuidado de mi salud mental que sean coherentes con lo que él considere de buena fe que será mejor para mi bienestar. Mi representante también está autorizado a recibir información sobre el tratamiento de salud mental propuesto, así como a recibir, revisar y consentir la revelación del historial médico relacionado con dicho tratamiento.

La presente declaración me permite establecer mi voluntad con relación al tratamiento de cuidado de la salud mental, incluyendo medicamentos, ingreso y permanencia en un centro de atención médica para el tratamiento de salud mental y los servicios de pacientes ambulatorios.

(Escriba sus iniciales en una de las siguientes declaraciones.)

_____ Este poder para el cuidado de la salud mental es irrevocable si no gozo de mis facultades para revocarlo.

_____ Este poder para el cuidado de la salud mental es revocable en cualquier momento.

A continuación, expreso mi voluntad con relación al cuidado de mi salud mental en caso de incapacidad absoluta, según el Artículo 36-3281, de los Estatutos revisados de Arizona:

Expreso mi consentimiento para el tratamiento de salud mental que menciono a continuación: _____

Nota: Si en el párrafo anterior usted expresó su consentimiento de otorgar a su representante poder para someterlo a un programa de internación psiquiátrica parcial o como paciente hospitalizado, por favor escriba sus iniciales aquí: _____

Nota: Si en el párrafo anterior usted expresó su consentimiento de otorgar a su representante poder para someterlo a un tratamiento médico contra su voluntad sólo de conformidad con la evolución de un plan de tratamiento específico que sea revisado y aprobado por un médico, por favor escriba sus iniciales aquí: _____

No expreso mi consentimiento para los tratamientos de salud mental que menciono a continuación: _____

Información adicional acerca de las necesidades de mi tratamiento de salud mental: (tenga en cuenta incluir el historial de salud física o mental, los requisitos alimenticios, las inclinaciones religiosas, las personas a las que se debe avisar y cualquier otra cuestión que considere relevante).

El presente poder para el cuidado de la salud mental se realiza en conformidad con el Título 36, Capítulo 32, Artículo 6 de los Estatutos revisados de Arizona y continúa en vigencia para todos aquellos que dependen del mismo a excepción de los que he informado sobre su revocación en conformidad con el Artículo 36-3285.

(Firma del Poderdante)

Declaración de testigos:

Declaro que el firmante del presente poder para el cuidado de la salud mental:

1. Es de mi conocimiento.
2. Firmó o es reconocido por su firma en la presente declaración en mi presencia.
3. Aparenta estar en plena facultad mental y no bajo coacción, fraude o influencia indebida.
4. No tiene ninguna relación sanguínea, matrimonial ni de adopción conmigo.
5. No es una persona que yo atienda directamente como profesional.
6. No me ha designado como su representante para tomar decisiones médicas a su nombre.

Testigos:

_____ (Firma y fecha)

_____ (Firma y fecha)

Aceptación de la designación como representante:

Acepto este compromiso y me comprometo a actuar como Representante para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental para el Poderdante. Comprendo que debo actuar coherentemente con la voluntad de la persona a quien represento, según se expresa en el presente Poder para el cuidado de la salud mental o, en caso de que no se haya manifestado voluntad alguna, de acuerdo a mi propio entendimiento. Si desconozco la voluntad del Poderdante, tengo la obligación de proceder de buena fe en base a lo que considere mejor para el bienestar del mismo. Comprendo que el presente documento me otorga la facultad de tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental sólo en caso de que la persona haya sido declarada como incapacitada según la definición del Artículo 36-3281, de los Estatutos revisados de Arizona.

(Firma del poderdante)

()

(Nombre del representante en letra de imprenta)

Dirección

Número de teléfono