

PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Formulario Legal

Yo, _____, siendo una persona adulta en pleno uso de mis facultades mentales, hago voluntariamente esta declaración para atención psiquiátrica. Quiero que se cumpla lo expresado en esta declaración en caso de que se determine que estoy mentalmente incapacitado para tomar mis propias decisiones de acuerdo a la Sección 36-3281, de los Estatutos Modificados de Arizona. Nombre a: _____ (incluya el nombre, dirección y número de teléfono de la persona) como mi apoderado para todos los asuntos relacionados con mi atención psiquiátrica, incluyendo, sin restricciones, el poder absoluto para autorizar o rechazar toda atención médica, quirúrgica y hospitalaria y cualquier otro tratamiento médico relacionado con mi atención psiquiátrica. En caso de que mi apoderado esté imposibilitado para hacer cumplir mi voluntad o no esté dispuesto a hacerlo o a continuar haciéndolo, nombro a _____ (incluya el nombre, dirección y número de teléfono de la persona) como mi apoderado. Deseo que mi apoderado tome las decisiones relacionadas con mi tratamiento psiquiátrico de acuerdo a mi voluntad, según se expresa en el presente documento o, en caso de que no se exprese específicamente, lo haga basado en su conocimiento de mi voluntad.

Si mi apoderado no conoce mi voluntad, deseo que él mismo tome las decisiones sobre mi atención psiquiátrica de acuerdo a lo que él considere de buena fe que será lo mejor para mi bienestar. Mi apoderado también está autorizado a recibir información sobre el tratamiento psiquiátrico propuesto, así como a recibir, revisar y autorizar la divulgación de mi historia clínica relacionada con dicho tratamiento.

La presente declaración me permite establecer mi voluntad en relación a mi tratamiento psiquiátrico, incluyendo medicamentos, el ingreso y permanencia en un centro de atención psiquiátrica y servicios ambulatorios.

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

_____ **Este poder de atención psiquiátrica es irrevocable si no gozo de mis facultades para revocarlo.**

_____ **Este poder de atención psiquiátrica es revocable en cualquier momento.**

A continuación, expreso mi voluntad en relación mi atención psiquiátrica en caso estar completamente incapacitado, según lo define la Sección 36-3281, de los Estatutos Modificados de Arizona:

Autorizo el siguiente tratamiento psiquiátrico:

Nota: Si en el párrafo anterior usted dio su autorización expresa de otorgar a su apoderado el poder para ingresarlo a un programa de hospitalización psiquiátrica total o parcial, por favor escriba sus iniciales aquí: _____.

Nota: Si en el párrafo anterior usted dio su autorización expresa de otorgar a su apoderado el poder para autorizar tratamiento médico a pesar que este tratamiento vaya en contra de su voluntad, únicamente en conformidad con el desarrollo de de un plan de tratamiento específico que haya sido revisado y autorizado por un médico, por favor escriba sus iniciales aquí: _____.

No autorizo los siguientes tratamientos psiquiátricos:

Información adicional acerca de mis necesidades de tratamiento psiquiátrico: (considere incluir su historial de salud psiquiátrica y física, sus necesidades alimenticias, sus intereses religiosos, personas a las que se les tiene que informar y cualquier otro asunto que considere importante).

El presente poder de atención psiquiátrica se hace de acuerdo al Título 36, Capítulo 32, Artículo 6 de los Estatutos Modificados de Arizona y permanece en vigor para todos aquellos que puedan depender de este, excepto a quienes he notificado de su revocación de acuerdo a la Sección 36-3285.

(Firma del poderdante): _____

Declaración de testigos

Declaro lo siguiente acerca de la persona que firma el presente poder de atención psiquiátrica

1. Lo conozco personalmente.
2. Firmó o ratificó su firma en esta declaración en mi presencia.
3. Aparenta estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude o influencia indebida.

4. No tiene ningún parentesco conmigo por consanguinidad, por matrimonio o adopción.
5. No es una persona que yo atienda directamente como profesional.
6. No me ha nombrado como su apoderado para tomar decisiones médicas en su nombre.

Testigos:

_____ (Firma y fecha)
_____ (Firma y fecha)

Aceptación de la designación como apoderado:

Acepto esta designación y me comprometo a desempeñarme como Apoderado para tomar decisiones sobre el tratamiento psiquiátrico del Poderdante. Entiendo que tengo la obligación de actuar acorde con la voluntad de la persona a quien represento, según se expresa en el presente Poder de Atención Psiquiátrica o, en caso de que no haya expresado 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. Entiendo que el presente documento me otorga la facultad de tomar decisiones sobre el tratamiento psiquiátrico únicamente en caso de que la persona haya sido declarada incapacitada de acuerdo a la definición de la Sección 36-3281, de los Estatutos Modificados de Arizona.

(Firma del apoderado)

(Nombre del apoderado en letra de molde)

Dirección

(_____) _____
Número de teléfono