



*Imagine better health.<sup>SM</sup>*

## Directivas Avanzadas para Psiquiatría

*Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental*



*Spanish*

Revisado en August 2014  
Revised August 2014

# Mision

La Misión de Catholic Health Initiatives es la de consolidar el ministerio de sanación de la Iglesia, apoyada en la educación y la investigación. La lealtad al Evangelio nos pide énfasis en la dignidad del ser humano y justicia social así como la creación de comunidades más saludables.

En CHI Health, nosotros estamos comprometidos a escuchar la voz de nuestros pacientes y clientes a través del cuidado de su salud. Nosotros sabemos que hay ocasiones en que nuestros pacientes y clientes no pueden tomar sus propias decisiones conocidas debido a su enfermedad o situación. En esos momentos, los documentos de Directivas Avanzadas, tales como un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental podrían ser útiles para tomar decisiones en su nombre sobre el cuidado de su salud y su tratamiento.

Este folleto contiene información y los formularios que usted necesitará para llenar sus propias Directivas Avanzadas en relación al cuidado de su salud mental y necesidades de tratamiento. En caso que usted deseara llenar los documentos generales de Directivas Avanzadas, la información y los formularios se pueden encontrar en la página de Internet de CHI Health ([www.CHIhealth.com](http://www.CHIhealth.com)) o puede pedirle ayuda a un miembro del equipo de cuidado de la salud de CHI Health.

## Tabla De Contenidos

Preguntas Frecuentes .....	2
Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental .....	7
Información Suplementaria para el Cuidado de la Salud Mental y Tratamiento .....	11
Tarjetas de Bolsillo .....	13

# Preguntas Frecuentes sobre los Documentos acerca de las Directivas Avanzadas y el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental

## ¿Qué son las “Directivas Avanzadas”?

Las “Directivas Avanzadas” son documentos legales que usted puede preparar para hacer que sus deseos acerca del cuidado de su salud y las necesidades de tratamiento se den a conocer a otros en el caso que usted no pueda tomar una decisión por usted mismo. Éstas se llaman “Directivas Avanzadas” debido a que deben ser preparadas por anticipado al momento en que usted no pueda tomar su propia decisión, y ya que éstas le permiten dar instrucciones sobre el cuidado de su salud y tratamiento futuros. Los dos tipos de documentos sobre las Directivas Avanzadas son:

- » Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud: En este documento, usted puede nombrar a alguien que será su representante cuando usted no sea capaz de tomar decisiones sobre su propio cuidado de su salud. Este representante se conoce como su “representante legal”.
- » Declaración de Testamento Vital: En este documento, usted puede dar instrucciones acerca de sus preferencias para tratamientos de soporte vital si usted se enfermara en estado terminal o si estuviera en un estado de inconciencia permanente de la cual es probable que usted no se recupere (a veces se conoce como un estado vegetativo persistente o “PVS” por sus siglas en inglés).

## ¿Qué es un documento denominado “Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental”?

Un documento denominado “Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental” es un tipo de documento de Directivas Avanzadas en el cual usted puede nombrar a otra persona para que sea su representante para tomar decisiones relacionadas específicamente al cuidado de su salud mental y sus necesidades de tratamiento. Esta persona es conocida como su “Representante Legal para el Cuidado de su Salud Mental”. En este documento, usted también puede incluir información e instrucciones acerca de sus preferencias para el cuidado de su salud mental y tratamiento, o como una parte suplementaria de este documento, si usted así lo desea.

## ¿El documento “Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental” la misma cosa que un documento general “Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud”?

No siempre. A veces las personas tienen documentos escritos de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la salud redactados de una manera que aplica tanto al cuidado de la salud en general como a las decisiones para el cuidado de la salud mental. Otras veces estos documentos son separados. Los documentos en este paquete le permiten llenar por separado los documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental.

## ¿Estos documentos del Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental aplican para las decisiones sobre el cuidado de la salud y necesidades de tratamiento en general?

No. En los documentos en este paquete, la persona asignada como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental sólo será responsable para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud mental y las necesidades de tratamiento. Usted tal vez desee llenar los documentos generales del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud para decisiones acerca del cuidado de su salud en general.

## **¿Estos documentos del “Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental” tratan sobre las decisiones acerca de las necesidades de tratamiento médico relacionadas al uso o la adicción al alcohol o a sustancias?**

No. Las decisiones relacionadas a condiciones médicas resultado del uso o adicciones al alcohol o a sustancias serán hechas en su nombre por su Representante Legal nombrado en su documento general del Poder Notarial para el Cuidado de la Salud, o por su tutor o su familiar más cercano.

## **¿Quién puede llenar los documentos de Directivas Avanzadas, tales como el Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental?**

Cualquier adulto en capacidad de tomar decisiones puede llenar los documentos de Directivas Avanzadas, incluyendo un formulario para el Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental. Si usted vive en Iowa, “adulto” significa que usted tiene por lo menos 18 años de edad. Si usted vive en Nebraska, “adulto” significa que usted tiene por lo menos 19 años de edad.

## **¿Necesito llenar los documentos para el Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental para recibir tratamiento para las necesidades del cuidado de mi salud mental?**

No. Usted recibirá tratamiento para el cuidado de su salud mental ya sea que haya o no llenado los documentos para el Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental. Sin embargo, el llenar los documentos del Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental le da la oportunidad de proveer información e instrucciones por adelantado a la persona que está tomando decisiones en su nombre.

## **¿A quién puedo nombrar para ser mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental?**

Por lo general, usted puede nombrar a cualquier persona que usted guste para que sea su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental. Para que una persona sea su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental, es útil el nombrar a alguien en quien usted confíe y quien sea fácil de contactar por los proveedores del cuidado de la salud. Esta persona no tiene que ser un abogado, y hay algunas leyes de estado que hay que considerar para seleccionar a la persona para nombrarla como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental, dependiendo de las leyes del estado en el que usted vive.

### **Tanto para los Residentes de Nebraska y de Iowa**

- » Su proveedor del cuidado de la salud que lo esté atendiendo no puede ser nombrado como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.
- » Alguien que no sea su familiar, y sea empleado de su proveedor del cuidado de la salud que lo está tratando a usted o de el establecimiento donde usted recibe cuidado médico no puede ser nombrado como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.

### **Sólo para los Residentes de Nebraska**

- » Alguien que no sea su familiar y que sea dueño u operador de un establecimiento comunitario del cuidado de la salud donde usted es un paciente o residente no puede ser nombrado su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.
- » Alguien que no sea su familiar y quien al momento de llenar los documentos para el Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental esté actualmente sirviendo como Representante Legal de diez o más personas no puede ser nombrado su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.

## **¿Mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental siempre hace decisiones sobre el cuidado y tratamiento de mi salud mental?**

No. La persona quien es su Representante Legal del Cuidado de su Salud Mental solo será responsable de tomar decisiones en su nombre sobre el cuidado de su salud mental y necesidades de tratamiento cuando sea determinado que usted no tiene la capacidad para tomar esas decisiones por usted mismo.

## **¿Quién determina si yo tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones?**

Su proveedor del cuidado de la salud mental profesional y con licencia (o sus otros doctores, si usted no está siendo tratado por un proveedor del cuidado de la salud mental) le examinará a usted para determinar si usted tiene la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud mental y necesidades de tratamiento. Ellos trabajarán con usted, su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental, y otros involucrados en el cuidado, y registrarán su capacidad para tomar decisiones en su expediente médico. Si ellos determinan que usted no tiene la capacidad para tomar decisiones sobre usted mismo, su Representante Legal para el Cuidado de su Salud Mental puede empezar a tomar decisiones en su nombre. Si hay un desacuerdo considerable sobre su capacidad para tomar decisiones, esta determinación podría ser dejada en manos de un juez.

## **¿Cómo mi Representante Legal para el Cuidado de la salud Mental y mis proveedores del cuidado de la salud mental saben acerca de mis documentos de Directivas Avanzadas y mis preferencias para mi cuidado?**

Es importante hablar con sus proveedores de la salud mental y con la persona a quien usted nombró como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental acerca de sus valores, creencia y preferencias, y sobre cualquier información que usted incluya en sus documentos de Directivas Avanzadas. Los documentos incluidos en este paquete tienen un lugar para que sus proveedores del cuidado de la salud mental, otros médicos y para que la persona o personas que usted nombró para ser su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental firmen para reconocer que ellos han hablado con usted acerca de sus preferencias.

## **Si yo incluyo información e instrucciones acerca del cuidado de mi salud mental en mis documentos de Directivas Avanzadas, ¿Éstas serán seguidas?**

Su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental y sus proveedores del cuidado de la salud mental harán lo mejor para seguir sus instrucciones acerca del cuidado y tratamientos de su salud mental. Sin embargo, puede que no siempre sea posible seguir sus instrucciones exactamente como usted las escribió si hay inquietudes legales, técnicas o éticas relacionadas con sus instrucciones, o si ellos piensan que sus instrucciones lo ponen a usted en riesgo de causarse daño a usted mismo o causar daño a otros. Es por eso que es importante hablar con la persona o personas que usted nombre como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental y sus proveedores del cuidado de la salud mental u otros médicos sobre sus instrucciones que usted llena en sus documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental.

## **¿Mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental toma decisiones como él o ella piense que yo las tomaría, o mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental toma decisiones basadas en sus propias ideas y deseos?**

Su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental tiene una obligación de tomar decisiones que reflejen sus preferencias, valores y creencias cuando éstas sean conocidas. Esto se conoce como el "estándar del juicio sustituido" para tomar decisiones. Si sus preferencias no son conocidas, o si siguiendo sus instrucciones como usted las escribió lo pone a usted o a otros en peligro de lastimarse, su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental y sus proveedores del cuidado de la salud tomarán decisiones acerca del cuidado de su salud mental y necesidades de tratamiento basados en lo que ellos creen será en beneficio suyo.

## **¿A cualquier otra persona se le puede dar información sobre el cuidado de mi salud mental y tratamiento?**

Usted puede darle instrucciones a su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental sobre quien usted quiere (o no quiere) que reciba información acerca del cuidado de la salud mental usando los documentos en este paquete. Los establecimientos del cuidado de la salud mental o lugares específicos donde usted está recibiendo cuidado podrían requerir que usted o su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental completen formularios adicionales (llamados formularios de Autorización de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud, HIPPA por sus siglas en inglés) con el fin de dar a conocer su Información Protegida sobre su Salud y para proteger su privacidad.

## **¿Qué pasa si yo ya llené los documentos que proveen información sobre mis preferencias para el cuidado y tratamiento de mi salud mental?**

Algunas personas ya han llenado documentos que proporciona información sobre sus preferencias para el cuidado y tratamiento de la salud mental. Estos documentos (tales como el Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar [Wellness Action Recovery Plan] o WRAP por sus siglas en inglés) pueden ser dados a conocer en el formulario del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental incluido en este paquete, y proveer información adicional para aquellos que tomen decisiones en su nombre acerca del cuidado y tratamiento de su salud mental.

## **¿Necesito un abogado para que prepare los documentos de mi Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental?**

No hay requerimientos legales en Iowa o Nebraska que digan que usted tenga que tener un abogado para preparar sus documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental. Sin embargo, algunas personas si encuentran útil a un abogado. Usted no necesita consultar con un abogado para llenar los documentos que se proveen en este paquete. Asegúrese de seguir las instrucciones para que sus documentos sean testificados o notariados si usted llena los documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental por usted mismo.

## **¿Quién puede servir como mi testigo cuando llene los documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental?**

Las leyes varían de estado a estado en lo concerniente a quien puede o no puede servir como su testigo.

- » En Iowa, su testigo no puede ser su proveedor de cuidado de la salud que lo atiende, un empleado de su proveedor del cuidado de la salud o la persona a la que usted ha nombrado como su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.
- » En Nebraska, su testigo no puede ser un empleado de su proveedor de su seguro de salud o de su seguro de vida. Adicionalmente, en Nebraska sólo uno de sus testigos puede ser un empleado de su proveedor del cuidado de la salud que lo está atendiendo o tratando a usted.

Usted tal vez desee que estos documentos sean notariados por un notario oficial en lugar de ser testificados.

## **¿Qué debo hacer con mis documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental y otros documentos de Directivas Avanzadas?**

Usted debe mantener en un lugar seguro una copia de los documentos de su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental y otros documentos de Directivas Avanzadas. Es útil darle una copia de su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental a la persona que usted nombró como su Representante Legal para el Cuidado de su Salud Mental, y a sus proveedores del cuidado de la salud. Usted también querrá darle copias a su médico de cabecera y a otros cercanos a usted.

## **¿Debo hablar con otras personas adicionalmente a la persona o personas a quienes nombre como mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental y mis proveedores del cuidado de la salud y otros médicos acerca de mis deseos para el cuidado de mi salud mental y mis necesidades de tratamiento?**

Puede ser útil hablar con otros miembros de la familia, amigos o contactos de emergencia acerca de sus deseos para el cuidado y tratamiento de su salud mental para que ellos puedan ayudar a apoyarlo a usted y a su Representante Legal para el Cuidado de su Salud Mental. Esto puede ayudar a prevenir cualquier conflicto futuro que puedan surgir al momento de tomar decisiones en su nombre sobre su cuidado y tratamiento de la salud mental.

## **¿Puedo cambiar mis documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental una vez que se hayan llenado si mis deseos o preferencias cambian?**

Usted puede cambiar sus documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental si sus deseos y preferencias cambian al actualizar sus documentos actuales o llenando nuevos documentos. Recuerde de dar copias de sus documentos actualizados o nuevos a sus proveedores del cuidado de la salud y a aquellos nombrados en sus documentos de Directivas Avanzadas.

## **¿Puedo revocar, o cancelar, mis documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental?**

Usted puede revocar, o cancelar, su documento del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental bajo ciertas circunstancias definidas por la legislación estatal.

- » **Para los Residentes de Nebraska:** Usted puede revocar su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental cuando usted tenga la capacidad para tomar decisiones al decirle verbalmente o por escrito a sus proveedores del cuidado de la salud y a su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.
- » **Para los Residentes de Iowa:** Usted puede revocar sus documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental en cualquier momento, sin importar su capacidad para tomar decisiones, al decirle verbalmente o por escrito a su proveedor del cuidado de la salud o a su Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.
  - Los documentos en este paquete, sin embargo, le dan la opción de indicar que usted quiere ser capaz de revocar sus documentos del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental **únicamente cuando usted tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones.**



# Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>INFORMACIÓN SOBRE LA DESIGNACIÓN DE MI REPRESENTANTE LEGAL PARA EL CUIDADO DE MI SALUD MENTAL</b></p>	<p>Yo, _____, designo a _____, cuya dirección es _____, y cuyo(s) número(s) telefónico(s) es/son: (casa) _____ (celular) _____ como mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental.</p> <p>Yo designo a _____ cuya dirección es _____ y cuyo(s) número(s) telefónico(s) es/son: (casa) _____ (celular) _____ como mi Representante Legal Sucesor para el Cuidado de la Salud Mental.</p> <p>Yo autorizo a mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental, designado a través de este documento, a recibir información y tomar decisiones en mi nombre en lo referente al cuidado de mi salud mental y necesidades de tratamiento si y cuando se me determine no ser capaz de tomar mis propias decisiones sobre el cuidado y tratamiento de mi salud mental. Mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental será responsable de abogar en mi nombre para el cuidado y tratamiento de mi salud mental que asegure mi bienestar físico, emocional y espiritual.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>INFORMACIÓN SOBRE MIS DIRECTIVAS AVANZADAS PARA EL CUIDADO DE MI SALUD GENERAL</b></p>	<p>Yo entiendo que este documento se refiere específicamente a <b>mi cuidado y necesidades de tratamiento de mi salud mental</b>. En cuanto al cuidado y necesidades de tratamiento de mi salud general (<i>marque una opción aquí abajo</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no tengo documentos que hayan sido llenados por separado de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud y/o Testamento Vital en este momento, y entiendo que mi sucedáneo para tomar decisiones sobre el cuidado y necesidades de tratamiento de mi salud general será identificado entre las siguientes personas en este orden: mi cónyuge, hijos adultos, padres, hermanos(as) o el pariente más cercano.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo he llenado documentos de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de mi Salud y/o de Testamento Vital para el cuidado y necesidades de tratamiento de mi salud general. Una copia se encuentra en: _____</p> <p><i>(Nota: Usted podría desear pedirle a su proveedor del cuidado de la salud información adicional sobre el completar documentos generales de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud y/o Testamento Vital si usted no lo ha hecho ya).</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>ALCANCE DE LA AUTORIDAD DE MI REPRESENTANTE LEGAL PARA TOMAR DECISIONES</b></p>	<p>Yo indico a mi Representante Legal para el Cuidado de mi Salud Mental a cumplir con las siguientes instrucciones en lo referente al cuidado y necesidades de tratamiento de mi salud mental (<i>marque una de las siguientes opciones</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Yo no tengo instrucciones específicas; mi Representante Legal para el Cuidado de mi Salud Mental puede tomar las decisiones en mi nombre que él/ella crea apropiadas para el cuidado y tratamiento de mi salud mental.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mi Representante Legal para el Cuidado de mi Salud Mental puede tomar decisiones en mi nombre, basadas en mi Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (WRAP por sus siglas en inglés) u otro tipo de documento similar. Una copia de este plan se encuentra en: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mi Representante Legal para el Cuidado de mi Salud Mental puede tomar decisiones en mi nombre sobre el cuidado de mi salud mental, basadas en el documento adjunto denominado "Información Suplementaria para el Cuidado y Tratamiento de la Salud Mental"</p>

<b>INSTRUCCIONES PARA MI REPRESENTANTE LEGAL PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN</b>	<p>Adicionalmente a las personas listadas anteriormente, yo estoy instruyendo a mi Representante Legal para el Cuidado de mi Salud Mental que a el/los siguiente(s) individuo(s) se les puede dar información relacionada al cuidado y tratamiento de mi salud mental:</p> <p><i>(Nota: Los establecimientos para el cuidado de la salud podrían necesitar que su Representante Legal para el Cuidado de mi Salud Mental complete unos formularios adicionales de Autorización HIPPA para poder dar a conocer su Información Protegida sobre su Salud).</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>MI FIRMA, ENTENDIMIENTO Y ACUERDO</b>	<p><b>A SER FIRMADO POR LA PERSONA QUE ESTÁ LLENADO ESTE DOCUMENTO</b> <i>(Requerido)</i></p> <p>Yo he leído este documento de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental. Yo entiendo que éste permite a otra persona tomar decisiones en mi nombre en lo referente al cuidado y tratamiento de mi salud mental en momentos cuando yo sea incapaz de tomar esas decisiones por mí mismo. Yo también entiendo que yo puedo revocar este Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental bajo las siguientes circunstancias definidas por la legislación estatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Para los Residentes de Nebraska:</b> Yo puedo revocar este documento cuando yo tenga la capacidad de tomar mis propias decisiones al notificar verbalmente o por escrito a mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental nombrado en este documento y a mi proveedor de salud mental.</li> <li>» <b>Para los Residentes de Iowa:</b> Yo puedo revocar este documento en cualquier momento al notificar verbalmente o por escrito a mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental nombrado en este documento y a mi proveedor del cuidado de la salud mental. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Opcional para los Residentes de Iowa:</b> <p>____ Mis iniciales aquí indican que yo quiero/puedo ser capaz de revocar este documento sólo cuando yo tenga la capacidad de tomar mis propias decisiones para el cuidado y tratamiento de mi salud mental.</p> </li> </ul> </li> </ul> <p>Nombre escrito con letra de imprenta: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma: _____</p>
<b>REVISIÓN DE ESTA INFORMACIÓN CON MIS PROVEEDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL Y MI REPRESENTANTE LEGAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL</b>	<p><b>PARA MIS MÉDICOS Y PROVEEDOR(ES) DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL</b> <i>(Recomendado)</i></p> <p>Yo he revisado esta información con la persona que está llenando este documento.</p> <p>Nombre(s) de mi(s) Proveedor(es) del Cuidado de la Salud Mental y de otros médicos escrito(s) con Letra de Imprenta: _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p><b>PARA MI REPRESENTANTE LEGAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL</b> <i>(Recomendado)</i></p> <p>Yo he revisado esta información con la persona quien ha sido nombrada mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental</p> <p>Nombre del Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental Escrito en Letra Imprenta: _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre del Representante Legal Sucesor para el Cuidado de la Salud Mental Escrito en Letra Imprenta: _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>

## OPCIONES DE NOTARIO O TESTIGO

Para que este documento sea válido legalmente, usted debe llenar una de las siguientes opciones de aquí abajo.

### Opción 1 – Notarización:

Esta opción requiere que la persona que está llenando este documento lo firme ante un notario. En este caso, no son necesarios los testigos.

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_.

Es este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, ante mi personalmente vino \_\_\_\_\_, personalmente para mi conocimiento es idéntica a la persona cuyo nombre está suscrito al Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental de aquí arriba, y yo declaro que (él/ella) \_\_\_\_\_ reconoce que la ejecución del mismo es un acto y hecho voluntario de (él/ella) \_\_\_\_\_ y que yo no soy el Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental o el Representante Legal Sucesor para el Cuidado de la Salud Mental designado por este documento de Poder Notarial para el Cuidado de la Salud Mental.

Testifican mi mano y sello notarial en \_\_\_\_\_ (lugar donde se llevó a cabo la legitimación notarial) en dicho condado el día y año escritos últimamente aquí arriba.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

### Opción 2 – Declaración del Testigo:

Esta opción requiere que la persona que está llenando este documento haga testificar su firma por dos testigos adultos. En este caso, la legitimación notarial no es necesaria.

- » Para los residentes de Iowa, cada testigo debe tener por lo menos 18 años de edad, y no puede ser el proveedor del cuidado de la salud que atiende a la persona que está llenando este documento o un empleado del proveedor del cuidado de la salud que atiende a la persona que está llenando este documento. Sólo uno de los testigos puede ser pariente de la persona que está llenando este documento.
- » Para los residentes de Nebraska, cada testigo debe tener por lo menos 19 años de edad, y no puede ser cónyuge, padre/madre, hijo(a), nieto(a), hermano(a), presunto heredero, o conocidos legatarios; o el proveedor del cuidado de la salud que atiende a la persona que está llenando este documento; la persona nombrada como su Representante Legal para el cuidado de la Salud Mental dentro de este documento; o un empleado de un proveedor de seguro de salud o de vida. Adicionalmente, no más de un testigo puede ser administrador o empleado de un proveedor del cuidado de la salud que está tratando a la persona que está llenando este documento.

Nosotros declaramos que el/la principal (persona que está llenando este documento) es conocido por nosotros, que el/la principal firmó o reconoció su \_\_\_\_\_ firma en este documento de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud Mental en nuestra presencia y que ninguno de nosotros, ni el médico que atiende al/a la principal fue designado como Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental dentro de este documento.

### Esta sección a ser llenada únicamente por los residentes de Nebraska:

Nosotros también afirmamos que (él/ella) \_\_\_\_\_ reconoce la ejecución de este documento a ser un acto y hecho voluntario de (él/ella) \_\_\_\_\_.

### Esta sección a ser llenada por los residentes de Nebraska y de Iowa:

Nombre del Testigo 1 Escrito con Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 2 Escrito con Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Esta sección a ser llenada únicamente por los residentes de Iowa, por lo menos por uno de los dos testigos:

Yo, además declaro bajo penalidad de perjurio bajo las leyes del Estado de Iowa y no soy pariente consanguíneo, ni por matrimonio, ni adopción dentro del tercer grado de consanguinidad de la persona que está llenando este documento.

Firma del Testigo 1 ó 2: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Información Suplementaria Para El Cuidado Y Tratamiento De Mi Salud Mental (Página 1 of 2)

Yo, \_\_\_\_\_, quisiera proveer la siguiente información a mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental y a mi(s) proveedor(es) del cuidado de la salud y otros médicos, y pedir que éstos sean seguidos si fuera posible cuando se tomen decisiones en mi nombre sobre el cuidado y tratamiento de mi salud mental. Yo entiendo que mis proveedores del cuidado de la salud harán lo mejor que puedan para cumplir con mi información e instrucciones hasta el punto que sean posibles técnica, ética y legalmente, siempre y cuando no pongan en riesgo de causarme daño a mi mismo o causar daño a otros en la opinión de mi(s) Representante(s) Legal(es) par el Cuidado de la Salud Mental y mi(s) proveedores del cuidado de la salud mental y otros médicos.

**Información sobre la medicación para el cuidado de mi salud mental y necesidades de tratamiento:**

---

---

---

---

**Información sobre dónde yo quisiera recibir atención para el cuidado de mi salud mental y necesidades de tratamiento:**

---

---

---

---

**Información sobre los tipos de tratamiento que quisiera recibir para el cuidado de mi salud mental y necesidades de tratamiento** *(por ejemplo: terapia de grupo, aislamiento, y opciones de restricción, terapia electroconvulsiva):*

---

---

---

---

**Información adicional que podría ser útil cuando se tomen decisiones sobre el cuidado de mi salud mental y las necesidades de tratamiento** *(por ejemplo: cosas que me parecen reconfortantes, actividades que me gusta hacer, cosas que tienden a enojarme, cosas que me han ayudado en el pasado):*

---

---

---

---

**Otra información relacionada al cuidado de mi salud mental y necesidades de tratamiento:**

---

---

---

---

# Información Suplementaria Para El Cuidado Y Tratamiento De Mi Salud Mental (Página 2 of 2)

Yo reconozco que es importante hablar sobre la información en este documento con las personas que estarán involucradas en la toma de decisiones en mi nombre en lo referente al cuidado de mi salud mental y necesidades de tratamiento si yo no pudiera tomarlas por mí mismo. Debido a ello, yo he (marque cualquiera de las siguientes que apliquen):

- Hablado sobre esta información con mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental, quien(es) es (son):  
\_\_\_\_\_
- Hablado sobre esta información con los siguientes médicos y/o proveedores del cuidado de la salud mental:  
\_\_\_\_\_
- Hablado sobre esta información con las siguientes personas (por ejemplo, otros miembros de la familia, amigos o contactos de emergencia quienes podrían estar presentes cuando se tomen decisiones en su nombre sobre el cuidado y tratamiento de su salud mental):  
\_\_\_\_\_

Mi Nombre Escrito en Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Mi Firma: \_\_\_\_\_

## **PARA MIS MÉDICOS Y PROVEEDOR(ES) DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL (Recomendado)**

Yo he revisado esta información con la persona que está llenando este documento.

Nombre(s) de mi(s) Médicos y/o Proveedor(es) del Cuidado de la Salud Mental escrito(s) con Letra de Imprenta:  
\_\_\_\_\_

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

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

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

## **PARA MI REPRESENTANTE LEGAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL (Recomendado)**

Yo he revisado esta información con la persona quien ha sido nombrada mi Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental

Nombre del Representante Legal para el Cuidado de la Salud Mental Escrito en Letra Imprenta: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Representante Legal Sucesor para el Cuidado de la Salud Mental Escrito en Letra Imprenta: \_\_\_\_\_

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

*Por favor complete ambos lados de este documento*

# Tarjetas Para Llevar En La Billetera

Corte y llene estas tarjetas de aquí abajo. Ponga una tarjeta en la billetera o cartera que use con mayor frecuencia, junto con su licencia para conducir y su tarjeta del seguro médico. Usted puede poner su segunda tarjeta en su refrigerador o en la guantera de su vehículo, o en su otra billetera o cartera, o en otro lugar fácil de encontrar.

**Atención:**  
**Proveedores Del Cuidado De La Salud**  
*(Attn: Healthcare Providers)*

**Yo cuento con las siguientes Directivas Avanzadas:**  
*(I have created the following Advance Directives)*

*(Marque una o más, según sea el caso)*

\_\_\_\_\_ Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud *(Durable Power of Attorney for Health Care)*

---

(DOBLE AQUÍ)

\_\_\_\_\_ Declaración de Testamento Vital *(Living Will Declaration)*

\_\_\_\_\_ Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la salud Mental *(Durable Power of Attorney for Mental Health Care)*

\_\_\_\_\_ Otro/Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

(DOBLE AQUÍ)

Por favor póngase en contacto con (please contact)

\_\_\_\_\_

(Nombre/Name)

al \_\_\_\_\_ para más información  
*(Teléfono/Telephone)*

\_\_\_\_\_

(Firma/Signature) (Fecha/Date)

**Atención:**  
**Proveedores Del Cuidado De La Salud**  
*(Attn: Healthcare Providers)*

**Yo cuento con las siguientes Directivas Avanzadas:**  
*(I have created the following Advance Directives)*

*(Marque una o más, según sea el caso)*

\_\_\_\_\_ Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud *(Durable Power of Attorney for Health Care)*

---

(DOBLE AQUÍ)

\_\_\_\_\_ Declaración de Testamento Vital *(Living Will Declaration)*

\_\_\_\_\_ Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la salud Mental *(Durable Power of Attorney for Mental Health Care)*

\_\_\_\_\_ Otro/Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

(DOBLE AQUÍ)

Por favor póngase en contacto con (please contact)

\_\_\_\_\_

(Nombre/Name)

al \_\_\_\_\_ para más información  
*(Teléfono/Telephone)*

\_\_\_\_\_

(Firma/Signature) (Fecha/Date)













1-800-253-4368  
[CHIhealth.com](http://CHIhealth.com)

