

Leyes Generales (G. S.) del Estado de Carolina del Norte, Capítulo 122C-77

Formulario legal de instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental

a) No habrá de interpretarse que el contenido de esta parte invalida una instrucción previa para el tratamiento de la salud mental otorgada con anterioridad al 1ro. de enero de 1999 que, de no haber mediado esta circunstancia, continuaría siendo válida.

b) La utilización del siguiente formulario o uno similar, con posterioridad a la fecha de vigencia de esta parte, en la creación de instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental es legal y, en aquellos casos en que sea utilizado, deberá cumplir específicamente con los requisitos estipulados en esta parte e interpretarse de acuerdo con los términos en ella indicados.

Instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental

_____, persona mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente otorgo estas instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental a los efectos de su cumplimiento en caso de que un médico o psicólogo idóneo determine que mi capacidad para recibir y evaluar información eficazmente, o comunicar decisiones, se ha deteriorado hasta el punto de carecer de la capacidad para rechazar o prestar mi consentimiento para un tratamiento de la salud mental. Se entiende por "tratamiento de la salud mental" al proceso de ocuparse de las necesidades físicas, emocionales, psicológicas y sociales del sujeto. El "tratamiento de la salud mental" incluye la terapia electroconvulsiva (ECT), comúnmente conocida como "terapia de electrochoque", el tratamiento de la enfermedad mental con psicofármacos, así como la internación en una institución destinada al tratamiento de las enfermedades mentales.

Comprendo que, en virtud de lo estipulado en G. S. 122C-57, salvo las excepciones allí indicadas, el tratamiento de la salud mental no podrá brindarse sin mi consentimiento expreso por escrito e informado o, en el caso de estar incapacitado para prestar dicho consentimiento, el consentimiento expreso e informado de la persona legalmente responsable de mí, el representante de atención médica nombrado en virtud de un poder válido de atención médica, o mi consentimiento expresado en estas instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental. Asimismo, comprendo que puedo volverme incapaz de otorgar o negar un consentimiento informado para el tratamiento de la salud mental como consecuencia de los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Dichos síntomas pueden incluir:

Medicamentos psicoactivos

Si me vuelvo incapaz de otorgar o negar un consentimiento informado para el tratamiento de la salud mental, mis instrucciones con respecto a los medicamentos psicoactivos son las siguientes: (coloque sus iniciales junto a cada elección)

_____ Presto mi consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos:

_____ No presto mi consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos:

Condiciones o limitaciones:

Internación en una institución

Si me vuelvo incapaz de otorgar o negar un consentimiento informado para el tratamiento de la salud mental, mis instrucciones con respecto a la internación en una institución para el tratamiento de la salud mental son las siguientes: (coloque sus iniciales junto a cada elección)

_____ Presto mi consentimiento para ser internado en una institución para el tratamiento de la salud mental.

Prefiero ser internado en la siguiente institución:

_____ No presto mi consentimiento para ser internado en una institución para el tratamiento de la salud mental.

Según lo estipula la ley, estas instrucciones previas no pueden otorgar consentimiento para mantenerme internado en una institución durante más de 10 días.

Condiciones o limitaciones:

Otras instrucciones

Estas instrucciones tendrán vigencia durante toda la duración de mi incapacidad. En caso de sufrir una crisis de salud mental, se ruega comunicarse con:

1. Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono en el trabajo: _____

Relación con el que suscribe: _____

2. Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono particular: : _____
Teléfono en el trabajo: _____
Relación con el que suscribe: _____

3. Mi médico: _____
Nombre: _____ Número de teléfono: _____

4. Mi médico: _____
Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Lo siguiente puede provocarme una crisis de salud mental:

Lo siguiente puede ayudarme a evitar una internación:

Generalmente reacciono ante una internación de la siguiente manera:

El personal del hospital o de la unidad de atención de emergencias puede ayudarme de la siguiente manera:

Otorgo permiso de visita a la(s) siguiente(s) persona(s):

Instrucciones relacionadas con otros procedimientos médicos, tales como la terapia electroconvulsiva (ECT), comúnmente conocida como "terapia de electrochoque":

Otras instrucciones:

_____ He adjuntado una hoja adicional de instrucciones de cumplimiento obligatorio que será considerada parte integrante de estas instrucciones previas.

Compartimiento de la información por parte de los proveedores

Comprendo que mi proveedor de servicios de salud mental podrá compartir la información contenida en este documento con cualquier otro proveedor de servicios de salud mental que me atienda cuando sea necesario para brindarme tratamiento en virtud de lo expuesto en estas instrucciones previas.

Otras instrucciones relacionadas con el compartimiento de la información:

Firma del sujeto

Al estampar mi firma a continuación, indico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, que estoy completamente informado del contenido del presente documento y que comprendo cabalmente las consecuencias de haber formulado estas instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental.

Firma del sujeto

Fecha

Naturaleza de los testigos

Por el presente declaro que el sujeto es una persona de mi conocimiento, que en mi presencia firmó o admitió que se trataba de su firma en estas instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental, que parece encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo condiciones de violencia física, dolo o intimidación, y que no:

- a) soy el médico que lo atiende o un proveedor de servicios de salud mental, ni un empleado del médico o del proveedor,
- b) soy propietario, administrador o empleado de un propietario o administrador de una institución de salud en la cual se encuentra internado o reside el sujeto, ni
- c) tengo un parentesco inferior al tercer grado con el sujeto o con la esposa del mismo.

Declaración de los testigos

Por el presente declaramos que el sujeto es una persona de nuestro conocimiento, que en nuestra presencia firmó o admitió que se trataba de su firma en estas instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental, que parece encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo condiciones de violencia física, dolo o intimidación, y que ninguno de nosotros es:

- una persona designada como apoderado en virtud de los términos de este documento,
- el médico que atiende al sujeto o un proveedor de servicios de salud mental, ni un pariente del médico o del proveedor,
- el propietario, administrador o pariente del propietario o administrador de una institución de salud en la cual se encuentra internado o reside el sujeto, ni
- una persona relacionada con el sujeto por parentesco directo, matrimonio o adopción.

Testigos:

Testigo	Fecha
---------	-------

Testigo	Fecha
---------	-------

Certificación de notario público

Estado de Carolina del Norte Condado de

_____, notario público del condado anteriormente mencionado del estado de Carolina del Norte, certifico por el presente que _____ compareció ante mí y declaró bajo juramento o manifestó ante mí y ante los testigos en mi presencia que este documento comprende instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental y que fue redactado y celebrado voluntariamente por él/ella a los efectos allí detallados.

Asimismo, certifico que los testigos _____ y _____ comparecieron ante mí y declararon bajo juramento o manifestaron ante mí que fueron testigos de la firma de las instrucciones previas para el tratamiento de la salud mental, que se adjuntan, por parte de _____ y que creen que dicha persona se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. Asimismo, declararon bajo juramento que, en el momento de actuar como testigos de la firma del documento, ninguno de ellos (i) era el médico que lo atendía o un proveedor de servicios de salud mental, ni un empleado del médico o del proveedor, (ii) era el propietario, administrador o empleado de un propietario o administrador de una institución de salud en la cual se encuentra internado o reside el sujeto, ni (iii) estaba relacionado por un parentesco inferior al tercer grado con el sujeto o con la esposa del mismo. Asimismo, certifico mi conformidad con respecto a la autenticidad y pertinente celebración de este documento.

Celebrado a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Notario público

Mi mandato concluye el: _____

Aviso a la persona que otorga instrucciones para el tratamiento de la salud mental

Éste es un documento legal importante que crea instrucciones para el tratamiento de la salud mental. Antes de firmarlo, usted debería tener conocimiento de los siguientes hechos importantes: este documento le permite tomar decisiones anticipadas sobre ciertos tipos de tratamientos de la salud mental. Las instrucciones incluidas en esta declaración serán cumplidas en caso de que un médico o psicólogo idóneo determine su incapacidad para tomar y comunicar decisiones terapéuticas. De lo contrario, usted será considerada una persona capaz para otorgar o negar su consentimiento para recibir dichos tratamientos. Es posible que sus instrucciones carezcan de validez si se encuentra detenido en virtud de la ley civil de reclusión de personas incapacitadas. Según lo establece el poder de atención médica, usted también puede designar a una persona como su representante de atención médica para que tome las decisiones terapéuticas en su nombre en caso de que usted se torne incapaz. Usted tiene el derecho de revocar este documento en cualquier momento siempre y cuando no se haya determinado su estado de incapacidad. **USTED NO PUEDE REVOCAR ESTAS INSTRUCCIONES PREVIAS CUANDO UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR AUTORIZADO DE TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL HAYA DETERMINADO SU ESTADO DE INCAPACIDAD.** La revocación tendrá vigencia cuando se le sea notificada por el médico que lo atiende u otro proveedor. El médico u otro proveedor dejará constancia de la revocación en su historia clínica. A los efectos de su validez, estas instrucciones deberán ser firmadas por dos testigos idóneos, de su conocimiento, quienes estarán presentes en el momento de estampar su firma o admitirán que se trata de su firma. Este documento también deberá contar con la certificación de un notario público.

Aviso al médico u otro proveedor de tratamiento de la salud mental

En virtud de la legislación vigente en el estado de Carolina del Norte, una persona puede utilizar estas instrucciones previas a los efectos de otorgar su consentimiento para recibir futuros tratamientos de la salud mental en caso de que más adelante se torne incapaz de tomar dichas decisiones. Según lo establece el poder de atención médica, la persona también puede designar a un representante de atención médica para que tome las decisiones terapéuticas en su nombre en caso de que se torne incapaz. Se considera "incapaz" a toda persona que, en la opinión de un médico o psicólogo idóneo, carece de la comprensión o capacidad suficiente para tomar y comunicar decisiones sobre un tratamiento de la salud mental. Este documento entrará en vigencia ante su pertinente celebración y tendrá validez hasta el momento de su revocación. Ante la presentación de estas instrucciones previas al médico u otro proveedor, éste deberá incorporarlas a la historia clínica del sujeto. Una vez determinado el estado de incapacidad de la persona, el médico que lo atiende u otro proveedor de servicios de salud mental deberá actuar en

virtud de las declaraciones manifestadas en las instrucciones previas, a menos que el cumplimiento de las mismas no guarde conformidad con lo estipulado en G. S. 122C-74(g). El médico u otro proveedor de servicios de salud mental deberá notificar inmediatamente al sujeto y, si correspondiera, al representante de atención médica y dejar constancia en la historia clínica del sujeto de la falta de conformidad de las instrucciones previas con cualquiera de las partes establecidas. El médico u otro proveedor de servicios de salud mental deberá actuar según lo dispuesto en las instrucciones previas, que han sido firmadas, celebradas ante testigos, fechadas y notarizadas, según lo estipulado en G. S. 122C-75.