

DECLARACIÓN PARA TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL



Department of
**Mental Health &
Substance Abuse Services**

El Departamento de Salud Mental y Servicios de Abuso de Sustancias
www.tn.gov/behavioral-health

Este formulario fue desarrollado en base al Código de Tennessee Anotado, Título
33, Capítulo 6, Parte 10

La Declaración para Tratamiento de Salud Mental (DMHT) en Tennessee

¿Qué es una DMHT?

Para los que tenemos una enfermedad mental, nuestro compromiso para recuperarnos incluye hacer un plan de bienestar. Muchos de nosotros utilizamos el Wellness Recovery Action Plan (WRAP®) de Mary Ellen Copeland para hacer una lista de lo que necesitamos para estar bien, para identificar nuestros desencadenantes y para crear un plan en caso de crisis. Pero hay momentos en que, a pesar de nuestro compromiso a recuperarnos, empeoramos. Quizás algo grande pasa en nuestras vidas y simplemente es más de lo que podemos tomar. A veces nuestros síntomas se adueñan de lo mejor de nosotros.

Tennessee ha creado un documento legal que puede ayudar. Se llama Declaración para Tratamiento de Salud Mental (DMHT). Y cuando nos encontramos en una crisis, este nos puede ofrecer tranquilidad. La DMHT es un documento legal donde podemos escribir nuestros deseos en caso de crisis mental. Podemos anotar los tratamientos y medicinas de salud mental que aceptaríamos y los que no. Podemos escribir cómo se ven las cosas cuando estamos en crisis de salud mental y necesitamos ayuda. A algunas personas les gusta anotar los hospitales que prefieren y también las agencias de salud mental que prefieren.

Así se llena debidamente la DMHT:

1. Primero, lea el formulario de la DMHT completo.
2. Algunas secciones del formulario de la DMHT le piden que elija al menos una opción. En esas secciones, usted tendrá que seleccionar una de las opciones.
3. Cuando escriba sus deseos en el formulario, sea lo más específico posible.
4. Hay un lugar al final de cada página donde es necesario que usted escriba sus iniciales y la fecha.
5. Cuando esté listo para firmar, consiga dos personas adultas que le sirvan de testigos.
6. Elija dos personas que ya lo conozcan a usted. No puede escoger a nadie que trabaje para un centro de salud mental. Eso es contra las reglas de la DMHT porque las personas que escribieron dichas reglas quieren estar seguros de que usted no sea presionado para escribir algo que no quiera.
7. Antes de firmar ante los testigos que usted eligió, hableles sobre lo que escribió en su DMHT.
8. Asegúrese de platicar con los amigos y familiares que usted prefiera sobre lo que ha escrito en su DMHT para que ellos puedan apoyarlo en la forma en que usted lo desee.

Información legal importante

El Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Tennessee desarrolló este formulario basándose en el Título 33, Capítulo 6, Parte 10 del Código de Tennessee Anotado.

El Título 33, Capítulo 6, Parte 10 del Código de Tennessee Anotado les da a las personas de 16 años en adelante, el derecho de estar involucrados en las decisiones sobre su tratamiento de salud mental. La ley también reconoce que, a veces, algunas personas no son capaces de tomar decisiones sobre tratamiento. Una “Declaración para Tratamiento de Salud Mental” le permite a la gente que recibe servicios, planear por anticipado y también puede ayudar a los proveedores de servicios a dar el tratamiento apropiado.

Este formulario de “Declaración para Tratamiento de Salud Mental” describe lo que el participante del servicio quiere que ocurra cuando esté recibiendo tratamiento de salud mental. Describe los servicios que un participante del servicio podría considerar, bajo cuáles condiciones se puede poner en práctica una declaración y las instrucciones de cómo un participante del servicio puede revocar/cancelar una declaración.

Por ejemplo, completar un formulario de “Declaración para Tratamiento de Salud Mental” le permite a un participante del servicio exponer:

- Las condiciones o síntomas que podrían causar que se ponga en práctica la declaración;
- Las medicinas que usted está dispuesto a tomar y las que no;
- Instrucciones específicas a favor o en contra del tratamiento electroconvulsivo u otra terapia convulsiva;
- Las instalaciones y proveedores de salud mental que usted prefiere;
- Los tratamientos o acciones que usted permite o aquellos a los que se rehusa a permitir y
- Cualquier otro asunto correspondiente a su tratamiento de salud mental que usted desee poner al conocimiento

Usted tiene que firmar el formulario frente a dos (2) testigos adultos competentes (de 18 años en adelante) que lo conozcan a usted. Tiene que discutir el contenido de este formulario con los testigos antes de que lo firmen. Es importante hacer notar que hay restricciones sobre quiénes pueden servir de testigo a la declaración. Los siguientes no pueden ser testigos:

- El proveedor de servicios de salud mental del participante del servicio;
- Un empleado del proveedor de servicios de salud mental del participante del servicio,
- El operador de un centro de salud mental ni
- Un empleado de un centro de salud mental

Esta declaración puede incluir el consentimiento o rechazo a permitir tratamiento de salud mental y otras instrucciones e información para los proveedores de servicios de salud mental.

Esta **DMHT** me da el derecho de decir con qué medicinas estoy de acuerdo, qué pienso de la ECT (terapia electroconvulsivante) y qué hospital psiquiátrico prefiero (por un máximo de 15 días).

Medicinas (*Psicoactivas y de otros tipos*)

Si estoy en crisis de salud mental y no puedo tomar mis propias decisiones de salud mental, estos son mis deseos en cuanto a medicinas:

Usted tiene que marcar una:

- No tengo preferencia en cuanto a medicinas
- No quiero las siguientes medicinas:

Nombre de la medicina: _____

Por qué razón no la quiero: _____

Nombre de la medicina: _____

Por qué razón no la quiero: _____

Nombre de la medicina: _____

Por qué razón no la quiero: _____

Nombre de la medicina: _____

Por qué razón no la quiero: _____

Iniciales _____ Fecha _____

Agencias, hospitales y otros lugares de tratamiento específicos de salud mental

Si estoy en una crisis de salud mental y no tengo la capacidad de tomar decisiones, estas son mis preferencias sobre ciertas agencias de salud mental, hospitales específicos y otros lugares de tratamiento de salud mental:

Marque todas las que apliquen:

- No tengo preferencia acerca de ninguna agencia de salud mental en específico, hospital específico ni ningún otro lugar para tratamiento de salud mental.
- No prefiero las siguientes agencias de salud mental en específico, hospitales específicos y otros lugares para tratamiento de salud mental.
- Sí prefiero las siguientes agencias de salud mental en específico, hospitales específicos y otros lugares para tratamiento de salud mental.

Nombres de los hospitales, agencias de salud mental y otros lugares de tratamiento mental que yo...	
NO CONSIENTO:	PREFIERO:

Consideraciones adicionales sobre agencias de salud mental en específico, hospitales y otros lugares para tratamiento:

Iniciales _____ Fecha _____

Mi afirmación

Tengo dieciséis (16) años de edad o más. Estoy en capacidad de tomar decisiones informadas acerca del tratamiento de salud mental. Yo elaboro esta “Declaración para Tratamiento de Salud Mental” para que se siga si pierdo la capacidad de tomar decisiones informadas acerca del tratamiento de salud mental. La determinación de que no soy capaz de tomar decisiones informadas acerca de mi tratamiento de salud mental tiene que tomarla (1) un tribunal en un proceso para curador o tutela o (2) dos médicos examinadores o (3) un médico un médico experimentado en psiquiatría y un psicólogo con nivel de doctorado con la designación de proveedor de servicios de salud.

Yo sé que puedo cancelar esta DMHT, en su totalidad o en parte, en cualquier momento, de palabra o por escrito, cuando tenga la capacidad de tomar decisiones informadas de tratamiento.

Esta declaración vencerá en dos años desde el día en que yo y dos testigos la firmemos, o en un periodo más corto especificado por esta fecha: ____/____/____ o hasta que sea revocada.

Mi nombre (en letra de molde) _____

Mi firma _____ Fecha _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono (con el código de área) _____

Fecha de nacimiento _____

Iniciales ____ Fecha _____

Afirmación del primer testigo

Yo afirmo que _____ es persona conocida por mí; que él o ella firmó esta “Declaración para tratamiento de salud mental” en presencia mía; que él o ella me habló sobre el documento y su contenido y sobre las razones para preparar y querer que el documento tenga vigencia. Él o ella parece poder tomar decisiones informadas acerca del tratamiento de salud mental y no se encuentra bajo coerción, fraude o influencia indebida. La declaración no se firmó en las instalaciones de un proveedor de servicios de salud mental.

Yo afirmo que soy un adulto y que no soy:

El proveedor de servicios de salud mental del participante del servicio;

Un empleado del proveedor de servicios de salud mental del participante del servicio,

El operador de un centro de salud mental ni

Un empleado de un centro de salud mental

Usted tiene que marcar una:

Soy pariente por sangre, matrimonio o adopción*

Sí

No

Usted tiene que marcar una:

Tengo probabilidades de tener derecho a una porción de las pertenencias de esta persona en caso de que él o ella mueran. **

Sí

No

Nombre del primer testigo (letra de molde) _____

Firma del primer testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Teléfono (con el código de área) _____

**Solamente uno de los dos testigos puede tener parentesco sanguíneo, de matrimonio o adopción.*

***Solamente uno de los dos testigos puede ser una persona con probabilidades de beneficiarse a la muerte de la persona que llena la declaración.*

Iniciales _____ Fecha _____

Afirmación del segundo testigo

Yo afirmo que _____ es persona conocida por mí; que él o ella firmó esta “Declaración para tratamiento de salud mental” en presencia mía; que él o ella me habló sobre el documento y su contenido y sobre las razones para preparar y querer que el documento tenga vigencia. Él o ella aparenta poder tomar decisiones informadas acerca del tratamiento de salud mental y no se encuentra bajo coerción, fraude o influencia indebida. La declaración no se firmó en las instalaciones de un proveedor de servicios de salud mental.

Yo afirmo que soy un adulto y que no soy:

- El proveedor de servicios de salud mental del participante del servicio;
- Un empleado del proveedor de servicios de salud mental del participante del servicio,
- El operador de un centro de salud mental ni
- Un empleado de un centro de salud mental

Usted tiene que marcar una:

Soy pariente por sangre, matrimonio o adopción*

- Sí No

Usted tiene que marcar una:

Tengo probabilidades de tener derecho a una porción de las pertenencias de esta persona en caso de que él o ella mueran. **

- Sí No

Nombre del segundo testigo (letra de molde) _____

Firma del segundo testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Teléfono (con el código de área) _____

**Solamente uno de los dos testigos puede tener parentesco sanguíneo, de matrimonio o adopción.*

***Solamente uno de los dos testigos puede ser una persona con probabilidades de beneficiarse a la muerte de la persona que llena la declaración.*

Iniciales _____ Fecha _____

Preguntas frecuentes

¿Qué es una Declaración para Tratamiento de Salud Mental?

Una Declaración para Tratamiento de Salud Mental (DMHT) es un documento legal donde usted puede escribir sus deseos en caso de crisis mental. Usted puede anotar los tratamientos y medicinas de salud mental que aceptaría y cualquiera que no aceptaría. Puede escribir cómo se ven las cosas cuando está en crisis de salud mental y necesita ayuda. A algunas personas les gusta anotar también los hospitales que prefieren y las agencias de salud mental que prefieren.

¿Quién puede hacer una DMHT?

Cualquier persona que tenga dieciséis (16) años de edad o más o un menor emancipado con capacidad de tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de salud mental.

¿Se le puede exigir a usted que llene una DMHT?

No. La ley de Tennessee declara específicamente que a usted no se le puede exigir que llene una DMHT. En particular, un proveedor de servicios de salud mental o un plan de seguros de salud no le pueden exigir que llene una DMHT para que pueda tener acceso a los servicios.

¿Cuándo se puede usar una DMHT?

Una DMHT se usa cuando usted no está en capacidad de tomar decisiones informadas acerca del tratamiento debido a una enfermedad mental. Nota: Una DMHT solo está en vigor cuando usted no puede tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de salud mental.

¿Cuáles son las ventajas de tener una DMHT?

Una DMHT le permite a usted planear y guiar su tratamiento de salud mental de acuerdo a los deseos que usted haya declarado, si en el futuro usted no cuenta con la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento de salud mental.

¿Qué áreas de tratamiento pueden cubrirse con una DMHT?

Una DMHT le permite a usted declarar con cuáles tratamientos de salud mental usted está de acuerdo y con cuáles no lo está. Usted puede dar a conocer sus deseos sobre tres tipos de tratamiento de salud mental:

1. Medicinas
2. Terapias electroconvulsivas y otras terapias convulsivas
3. Hospitalización psiquiátrica (por un máximo de quince -15- días)

¿Quién le puede ayudar a llenar el formulario?

Cualquiera puede ayudarle a llenar el formulario. Muchas organizaciones de salud mental en la comunidad tienen miembros del personal semejantes, quienes quizás puedan ayudarle. Recuerde: una DMHT no se puede firmar en las instalaciones de un proveedor de servicios de salud mental porque las personas que escribieron las reglas de la DMHT quieren estar seguros de que usted no esté presionado para escribir algo que no quiera.

¿A quiénes puedo elegir como testigos para mi DMHT?

Escoja dos adultos que ya lo conozcan a usted. No puede elegir a nadie que trabaje para una instalación de salud mental porque las personas que escribieron las reglas de la DMHT quieren estar seguros de que usted no esté presionado para escribir algo que no quiera. Al menos uno de los testigos no puede estar emparentado con usted por sangre, matrimonio ni adopción ni ser alguien que, al momento de firmar, se beneficiaría de su testamento o tenga derecho sobre ninguna porción de los bienes suyos si usted muriera.

¿Cómo me puedo asegurar de que quienes me dan tratamiento de salud mental sepan mis deseos?

Usted debe darle una copia de su DMHT debidamente llenada a su proveedor de servicios de salud mental y a cualquiera que le pueda ayudar cuando usted no esté en capacidad de tomar decisiones informadas de salud mental. Sería aconsejable que le entregue una copia a su doctor general. Usted debe discutir su DMHT con estas personas y guardar una copia para usted. Nota: Muchas aseguradoras están dispuestas a guardar una copia de su DMHT en sus archivos para que, en caso de que usted requiera hospitalización, el proveedor de seguro pueda enviar una copia de su DMHT al hospital.

¿Cómo puedo cambiar mi DMHT?

Si usted puede tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de salud mental, usted puede cambiar su DMHT en cualquier momento. Usted puede hacer estos cambios verbalmente o por escrito. Usted también puede cancelar una DMHT antigua y crear una nueva. Es importante que les proporcione una copia de la nueva DMHT a las mismas personas a quienes les dio su declaración previa. También debe darle una copia a su proveedor de servicios.

¿Qué pasa si un tribunal nombra un curador?

Si un tribunal nombra un curador para que tome decisiones de tratamiento de salud mental por usted, su DMHT permanece en vigor e invalida al curador respecto a tratamiento de salud mental cubierto bajo la DMHT.

¿Cuál es la responsabilidad del médico o de otro proveedor de servicios de salud mental?

El médico u otro proveedor de servicios de salud mental tienen que evaluar su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento de salud mental. Por lo general, el médico u otro proveedor de servicios seguirán la DMHT únicamente cuando usted no tenga la capacidad de tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de salud mental.

¿Puede un médico u otro proveedor de servicios de salud mental elegir no seguir mi DMHT?

Sí. Si hay una emergencia que ponga en peligro su salud o su vida, o si el proveedor de servicios de salud mental, por cuestión de conciencia, no puede seguir su DMHT, entonces ellos pueden, bajo la ley, elegir no seguir su DMHT. Además, si a usted lo hospitalizan contra su voluntad, puede ser que no se siga su DMHT. De ocurrir esto, un Comité de Revisión de Tratamientos tiene que revisar la propuesta de no seguir su DMHT para que no sea solo un doctor o profesional de salud mental el que esté tomando esa decisión.

¿Una DMHT afecta sus beneficios de seguro?

No. Una DMHT no tiene relación con sus beneficios de seguro ni pago por servicios. Cuando llene una DMHT, debe considerar las limitaciones de los beneficios de su seguro. Por ejemplo, si usted solicita un proveedor de servicios que no está aprobado por su proveedor de seguro, puede que tenga que pagar por ese servicio de su propio bolsillo.

¿Necesita notariarse una DMHT?

No. La DMHT no necesita que la notarien.

¿Dónde puedo encontrar otra copia del formulario para DMHT?

El formulario de la DMHT está disponible en el sitio de internet del Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Tennessee: <http://tn.gov/mental/legalCounsel/olc.html>. Este formulario también se encuentra disponible en la Oficina de Asuntos del Consumidor y Servicios de Recuperación entre Semejantes del TDMHSAS: 1-800-560-5767.

Definiciones

Terapia electroconvulsiva u otras terapias convulsivas: Tratamientos para la depresión que utilizan choques eléctricos o agentes químicos para inducir leves convulsiones. La terapia convulsiva es a veces llamada ECT o “terapia con electrochoque”.

Decisión informada sobre el tratamiento de salud mental: Una decisión tomada por una persona con enfermedad mental que tenga la capacidad de entender los procedimientos propuestos, sus riesgos y beneficios y los procedimientos alternativos disponibles.

Proveedor de servicios de salud mental: Una agencia o persona que provee servicios y apoyos de salud mental.

Instalaciones de Salud Mental: Una agencia o instalaciones con licencia para proporcionar servicios y apoyos de salud mental.

Medicamento psicoactivo: Un fármaco que actúa directamente en el sistema nervioso central para influenciar el sentido, estado de ánimo y la conciencia.

Revocar: Retratar, cancelar o retirar.

Participante del servicio: Una persona que está recibiendo servicios, ha solicitado servicios o por quien alguien haya solicitado o propuesto servicios debido a que dicha persona tiene una enfermedad mental o trastorno emocional grave. A los participantes de servicios se les puede llamar consumidores, clientes o pacientes.

Para información adicional sobre la
Declaración para tratamiento de salud mental,
comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Tennessee
Oficina de Asuntos del Cliente y Servicios de Recuperación
(800) 560-5767
OCA.TDMHSAS@TN.GOV

Para preguntas sobre información en el sitio de internet, www.tn.gov/behavioral-health,
comuníquese con el Editor de Publicaciones a la atención del Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de
Sustancias de Tennessee, Oficina de Asuntos del Cliente y Servicios de Recuperación
(800) 560-5767
OC.TDMHSAS@TN.GOV

tn.gov/behavioral-health/declaration-for-mental-health-treatment



Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Tennessee (TDMHSAS), No. de autorización 339435, 1,000 ejemplares, publicación en línea e impresa, Diciembre de 2018, a un costo de \$1.18 por ejemplar.

El Departamento de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Tennessee está comprometido con los principios de igualdad de oportunidades, igualdad de acceso y acción afirmativa. Comuníquese con el coordinador de TDMHSAS EEO/AA al (615) 532-6580, Oficina de Recursos Humanos; el coordinador del título VI al (615) 532-6510 o con el coordinador de ADA al (615) 532-6700 para mayor información. Se recomienda a las personas con discapacidades auditivas que se comuniquen con el departamento por correo electrónico a OC.TDMHSAS@TN.GOV