

# Declaración para el tratamiento de salud mental (DMHT)

Yo, \_\_\_\_\_ siendo un adulto en pleno uso de mis facultades mentales, hago voluntariamente esta declaración para que se siga un tratamiento de salud mental si un tribunal determina que mi capacidad para comprender la naturaleza y las consecuencias de un tratamiento propuesto, incluidos los beneficios, los riesgos y las alternativas de tratamiento, está mermada a tal punto que carezco de la capacidad para tomar decisiones sobre un tratamiento de salud mental. Por "tratamiento de salud mental" se entiende el tratamiento electroconvulsivo u otro tratamiento convulsionante, el tratamiento de una enfermedad mental con medicamentos psicoactivos y las preferencias relativas al tratamiento de salud mental de emergencia. (PÁRRAFO OPCIONAL) Entiendo que puedo llegar a ser incapaz de dar o negar mi consentimiento informado para un tratamiento de salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Estos síntomas pueden incluir:

---

---

## MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS

Si me vuelvo incapaz de dar o negar mi consentimiento informado para recibir un tratamiento de salud mental, mis deseos con respecto a los medicamentos psicoactivos son los siguientes:

Autorizo la administración de los siguientes medicamentos:

No autorizo la administración de los siguientes medicamentos:

Autorizo la administración de un medicamento aprobado a nivel federal por la Administración de Alimentos y Medicamentos que solo fue aprobado y existe después de mi declaración y que se considera en la misma categoría de medicamentos psicoactivos como se indica a continuación:

Condiciones o limitaciones:

---

---

## TRATAMIENTO CONVULSIONANTE

Si me vuelvo incapaz de dar o negar mi consentimiento informado para recibir un tratamiento de salud mental, mis deseos con respecto al tratamiento convulsionante son los siguientes:

Autorizo la administración de un tratamiento convulsionante.

No autorizo la administración de un tratamiento convulsionante.

Condiciones o limitaciones:

PREFERENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, prefiero el siguiente tratamiento en PRIMER LUGAR:  Sujeción  Aislamiento  Medicación

En caso de emergencia, prefiero el siguiente tratamiento en SEGUNDO LUGAR:  Sujeción  Aislamiento  Medicación

En caso de emergencia, prefiero el siguiente tratamiento en TERCER LUGAR:  Sujeción  Aislamiento  Medicación

Prefiero  masculino  femenino para administrar la sujeción, aislamiento o medicación.

Opciones de tratamiento antes de recurrir a la sujeción, aislamiento o medicación:

---

---

Condiciones o limitaciones:

---

---

OTRAS PREFERENCIAS O INSTRUCCIONES

---

---

Condiciones o limitaciones:

---

---

Firma de Director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA RECONOCIDA ANTE UN NOTARY PUBLIC

Estado de Texas

Condado de \_\_\_\_\_

Este documento fue reconocido ante mí el \_\_\_\_\_ (fecha) por \_\_\_\_\_  
(nombre del interesado).

\_\_\_\_\_  
Notary Public, Estado de Texas

Nombre del Notary Public, en letra de molde:

SELLO

\_\_\_\_\_

Mi comisión expira:

\_\_\_\_\_

FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Declaro bajo pena de perjurio que el nombre del interesado me fue comunicado, que el interesado firmó o confirmó su declaración en mi presencia, que considero que el interesado está en su sano juicio, que el interesado afirmó conocer la naturaleza del documento y que lo firma de manera voluntaria y libre de coacción, que el interesado me pidió que actuara como testigo de la firma de este documento, y que no soy proveedor de servicios de atención médica o residencial del interesado, empleado del proveedor de servicios de atención médica o residencial del interesado, operador de un centro médico comunitario que atiende al interesado ni empleado de un operador de un centro médico comunitario que atiende al interesado.

Declaro que no tengo relación de parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción con el interesado y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a reclamar parte alguna de la herencia del interesado en caso de fallecimiento de éste en virtud de algún testamento o por aplicación de la ley.

Firma del testigo:

Nombre en letra de molde:

Fecha:

Dirección

Firma del testigo:

Nombre en letra de molde:

Fecha:

Dirección

**AVISO PARA LA PERSONA QUE HACE UNA DECLARACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Este es un documento legal importante. Crea una declaración para el tratamiento de salud mental. Antes de firmar este documento, tenga en cuenta lo siguiente:

Este documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre el tratamiento de salud mental, y en concreto, sobre tres tipos de tratamiento de salud mental: medicamentos psicoactivos, terapia convulsiva y tratamiento de emergencia. Las instrucciones que dé en esta declaración se siguen solamente si un tribunal cree que usted no tiene la capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento. De lo contrario, se le considerará capaz de dar o negar el consentimiento para los tratamientos.

Este documento seguirá en vigor durante un periodo de tres años, a menos que usted quede incapacitado para participar en las decisiones relativas al tratamiento de salud mental. En ese caso, las indicaciones seguirán vigentes hasta que usted ya no esté incapacitado.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento este documento parcial o totalmente siempre que no se determine que está incapacitado. **NO PODRÁ REVOCAR ESTA DECLARACIÓN SI UN TRIBUNAL CONSIDERA QUE ESTÁ INCAPACITADO.** La revocación es efectiva cuando se comunica al médico responsable u otro proveedor de atención médica.

Si hay algo en este documento que no entiende, pídale a un abogado que se lo explique. Esta declaración no es válida a menos que sea reconocida ante un notary public o la firmen dos testigos competentes que usted conozca personalmente y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.