Mental Health Association in New Jersey, Inc.

Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD)/Plan de Crisis*

Directivas Anticipadas de New Jersey para la Ley de Atención de Salud Mental

NJSA 26: 2H-108 et seq.

DISABILITY RIGHTS NEW JERSEY

Nombre: Fecha de nacimiento: Teléfono:

Dirección:

Yo, _____, un adulto legal en pleno uso de mis facultades, voluntariamente hago esta declaración para tratamiento de salud mental.

Elija una de las afirmaciones siguientes y póngale sus iniciales:

_____ Quiero que se siga esta declaración si no puedo tomar una decisión o decisiones acerca de mi atención médica, según se define en los New Jersey Statutes Annotated 26:2H-109.

_____ En ausencia de una declaración de incapacidad, quiero que se siga esta declaración como si yo fuera incapaz de tomar una decisión o decisiones acerca de mi atención médica, según se define en los New Jersey Statutes Annotated 26:2H-109, cuando las señales y los síntomas que están en la PARTE 2 sean evidentes.

Elija una de las afirmaciones siguientes y póngale sus iniciales:

_____ Puedo revocar este plan en cualquier momento según lo permita la ley.

_____ No deseo ejercer mi derecho a revocar este plan una vez que se haya activado.

Si se determina que no puedo tomar decisiones de atención médica informadas por mí mismo(a), quiero que la siguiente persona actúe como mi representante principal de atención de salud mental:

Nombre Relación con la persona Teléfono 1

Teléfono 2

Dirección Correo electrónico

Me gustaría que la persona siguiente sea mi representante suplente de atención de salud mental:

Nombre Relación con la persona Teléfono 1

Teléfono 2

Dirección Correo electrónico

_____ No deseo designar a un representante de atención de salud mental.

*Adaptado del Plan de Crisis del Wellness and Recovery Action Plan (WRAP®) Crisis Plan. Copyright por Mary Ellen Copeland PO Box 301, W. Dummerston, VT 05357 Teléfono: (802) 254-2092 www.mentalhealthrecovery.com

Todos los derechos reservados. Wellness Recovery Action Plan® y WRAP® son marcas comerciales registradas

Si ha designado a alguien como su representante de atención de salud mental, responda a las secciones A y B poniendo sus iniciales en una de las afirmaciones. Si no desea designar a alguien como su representante, no complete esta página.

A) Autoridad y limitación de autoridad del representante de atención de salud mental

Quiero que mi representante tome decisiones acerca de mi tratamiento de la manera siguiente:
(Elija una de las afirmaciones siguientes y póngale sus iniciales).

_____ Tome decisiones acerca de mi cuidado basándose en el contenido de este documento o, si no se expresa específicamente, lo que de otra manera conoce mi representante. Si mis deseos se desconocen o no se tratan específicamente en este documento, tome decisiones basándose en lo que él/ella cree que sería la decisión que yo tomaría.

_____ Tome decisiones acerca de mi cuidado basándose en el contenido de este documento o, si no se expresa específicamente, lo que de otra manera conoce mi representante. Si mis deseos se desconocen o no se tratan específicamente en este documento, tome decisiones acerca de mi cuidado que él/ella cree que serían las mejores para mí, teniendo en consideración mis preferencias y consulta con proveedores y personas de apoyo según se indica en este documento.

B) Elija una de las afirmaciones siguientes y póngale sus iniciales:

____ Consiento a dar a mi representante la autoridad de internarme en un programa de hospitalización psiquiátrica completo o parcial por un máximo de _____días.

Opcional: Describa las condiciones bajo las cuales estaría de acuerdo con que se le hospitalice:

_____

_____

_____

____ No consiento a dar a mi representante la autoridad de internarme en un programa de hospitalización psiquiátrica completo o parcial.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Los siguientes son mis deseos con respecto a mi tratamiento de atención de salud mental en caso de una crisis de salud mental, incluso hospitalización:

Parte 1. Las palabras siguientes me describen cuando me siento bien:

_____

_____

_____

Parte 2. Síntomas

Las señales y los síntomas siguientes indicarán que estoy en una crisis de salud mental:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Abuso de sustancias (drogas de la calle/alcohol/medicamentos recetados)

Sin admitir al uso actual de sustancias, ofrezco la información siguiente:

Esta(s) es(son) la(s) sustancia(s) que es más probable que use:

_____

Me siento y comporto de esta manera después de consumir esta(s) droga(s):

_____

_____

Parte 3. Personas de apoyo

En caso que esté en una crisis de salud mental, favor de comunicarse con la(s) persona(s) siguiente(s) además de cualquier representante nombrado:

Nombre Relación con la persona Teléfono 1
Teléfono 2

Nombre Relación con la persona Teléfono 1
Teléfono 2

Nombre Relación con la persona Teléfono 1
Teléfono 2

No quiero que se avise ni involucre a las personas siguientes en mi cuidado ni tratamiento de manera alguna:

Nombre No las quiero involucradas porque: (Opcional)

Nombre No las quiero involucradas porque: (Opcional)

Si se me interna en un hospital, necesitaré asistencia con las tareas siguientes:

Necesito a (Nombre) _____Para (tareas) _____

Necesito a (Nombre) _____Para (tareas) _____

Necesito a (Nombre) _____Para (tareas) _____

Necesito a (Nombre) _____Para (tareas) _____

Necesito a (Nombre) _____Para (tareas) _____

Yo cuido a la(s) persona(s) siguiente(s) en casa:

Se debe contactar con la persona siguiente para coordinar cuidado suplente:

Nombre Teléfono 1
Teléfono 2

Parte 4. Información médica

Médico de atención primaria Teléfono

Psiquiatra Teléfono

Terapeuta Teléfono

Administrador de casos Teléfono

Farmacia Teléfono

Aseguradora Núm. de ID Teléfono

Me gustaría que se informe a los siguientes profesionales médicos y que se les consulte acerca de mi cuidado:

Tengo las condiciones médicas siguientes:

Medicamentos/suplementos/preparaciones de venta sin receta (OTC) (Over the Counter) que uso actualmente:

Nombre Dosis Propósito

Nombre Dosis Propósito

Nombre Dosis Propósito

Nombre Dosis Propósito

Nombre Dosis Propósito

Nombre Dosis Propósito

Medicamentos que me han ayudado en el pasado y a los que consiento:

Nombre	Dosis	Propósito
Nombre	Dosis	Propósito
Nombre	Dosis	Propósito
Nombre	Dosis	Propósito

Medicamentos para los que no consiento o deseo evitar:

Nombre o tipo de medicamento	Razón
Nombre o tipo de medicamento	Razón
Nombre o tipo de medicamento	Razón
Nombre o tipo de medicamento	Razón

Medicamentos a los que soy alérgico(a):

Nombre	Reacción
Nombre	Reacción

Parte 5: Ayuda de mis personas de apoyo y personal hospitalario

Haga las cosas siguientes que ayudarían a reducir mis síntomas, me harían más cómodo(a) y me mantendrían seguro(a):

_____

_____

_____

_____

_____

EVITE hacer las cosas siguientes mientras esté en una crisis, ya que me pueden hacer sentir peor:

_____

_____

_____

_____

Parte 6. Cuidado en el hogar/cuidado comunitario/cuidado de descanso

De ser posible, siga este plan de cuidado en lugar de hospitalización:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Parte 7. Hospital u otros centros de tratamiento

Si se me interna en un hospital o centro de tratamiento, prefiero los centros siguientes en orden de preferencia:

1. Nombre Razón por la que lo prefiero

_____

2. Nombre Razón por la que lo prefiero

_____

EVITE usar el hospital o centros de tratamiento siguientes:

1. Nombre Razón por la que lo evito

_____

2. Nombre Razón por la que lo evito

_____

Parte 8: Tratamientos y terapias

Los tratamientos y las terapias siguientes me ayudan cuando estoy en crisis:

Nombre Cuándo usar esta terapia

_____

Nombre Cuándo usar esta terapia

_____

Tratamientos e intervenciones a los que no consiento:

Nombre Razón

_____

Nombre Razón

_____

Me gustaría que se me permita usar las técnicas de bienestar siguientes para ayudarme en mi recuperación:

_____

_____

_____

_____

Parte 9: Cómo inactivar el plan

Las señales, falta de síntomas o acciones siguientes indican que mis personas de apoyo ya no necesitan usar este plan y puedo tomar decisiones en mi propio nombre:

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del(de la) declarante:

Yo, _____, un adulto legal en pleno uso de mis facultades, voluntariamente hago esta declaración para tratamiento de salud mental.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Cualquier Directiva anticipada para atención de salud mental firmada con una fecha más reciente tiene precedencia sobre esta.

_____Este plan se ha registrado con el estado de New Jersey.

Testigo:

Doy fe que el(la) declarante firmó este documento (o pidió a otro que firme este documento en su nombre) en mi presencia, y que el(la) declarante parece estar en pleno uso de sus facultades y sin coacción e influencia indebida. Tengo 18 años de edad o más. No soy designado(a) por este ni ningún otro documento como el(la) representante de atención de salud mental de la persona, ni como un(a) representante suplente de atención de salud mental. En el momento en que se firma este documento, no soy el(la) profesional de atención de salud mental responsable a cargo o directamente involucrado(a) en el cuidado del(de la) declarante.

Atestiguado por _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Segundo testigo:

(Se requiere un segundo testigo si el primer testigo está emparentado(a) con el(la) declarante por sangre, matrimonio o adopción, o es la pareja doméstica del(de la) declarante o comparte de otra manera el mismo hogar que el(la) declarante; tiene derecho a cualquier parte del patrimonio del declarante por voluntad o por operación de la ley en el momento que se firme la directiva anticipada; o es operador, administrador o está empleado(a) por un centro de un centro de salud mental con alojamiento o pensión o residencial en que reside el(la) declarante).

Doy fe que el(la) declarante firmó este documento (o pidió a otro que firme este documento en su nombre) en mi presencia, y que el(la) declarante parece estar en pleno uso de sus facultades y sin coacción e influencia indebida. Tengo 18 años de edad o más. No soy designado(a) por este ni ningún otro documento como el(la) representante de atención de salud mental de la persona, ni como representante suplente de atención de salud mental. En el momento en que se firma este documento, no soy el(la) profesional de atención de salud mental responsable a cargo o directamente involucrado(a) en el cuidado del declarante.

Atestiguado por: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta _____

Si tiene instrucciones o anotaciones adicionales, inclúyalas aquí.