

Directiva Avanzada para el Cuidado de la Salud Mental

*Planificación del Cuidado de la Salud Mental
en Caso de Pérdida de la Capacidad de Toma
de Decisiones*

Bradley Geller

La referencia legal de este anuncio es el Código de Estado y Protección del Individuo, PA 1998 N° 386, según la reforma de PA 2004 N° 532, efectiva desde el 3 de enero de 2005. La citación reglamentaria es MCL 700.5506 et seq.

Este anuncio es publicado por el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan (Michigan Department of Community Health), por la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Mental Health and Substance Abuse Administration), a fin de brindar información y recursos a individuos interesados en completar una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental.

Junto con el Consejo de Recuperación del Departamento, el mismo fue escrito por Bradley Geller, un abogado que escribió publicaciones para la Legislatura de Michigan (Michigan Legislature), la Sección de Defensa y la Ley de Ancianos del Tribunal Estatal (Elder Law and Advocacy Section of the State Bar), el Juzgado de Sucesiones del Condado de Washtenaw (Washtenaw County Probate Court) y el Programa del Defensor del Pueblo sobre Cuidado a Largo Plazo del Estado (State Long Term Care Ombudsman Program).

También se pueden descargar copias en el sitio web del Departamento en: <http://www.michigan.gov/mdch>. Para más información, comuníquese con Colleen Jasper, Directora de la Oficina de Relaciones con el Consumidor (Office of Consumer Relations), Departamento de Salud Comunitaria de Michigan (Michigan Department of Community Health), en jasper@michigan.gov.

Prefacio

Todos valoramos el derecho a tomar decisiones por nosotros mismos. Ya sea que lo llamemos libertad o independencia, es esencial para nuestra idea de la dignidad.

Un área importante en la cual ejercitamos la independencia es en elegir qué tratamiento de salud mental recibiremos.

Desafortunadamente, debido a una enfermedad, es posible que no podamos tomar decisiones informadas sobre nuestro cuidado.

A nadie le gusta considerar la posibilidad de no ser capaces de tomar decisiones, incluso en forma temporaria. Es fácil desistir de la idea de pensar en que eso puede suceder, y sobre qué tratamiento desearíamos recibir en ese momento.

Por más difícil que sea prestar atención a estos temas, hacerlo nos puede ayudar a asegurar que se cumplan nuestros deseos en el futuro. Cualquier acción que planifique es completamente voluntaria.

Una vez que decida en base a sus deseos, el siguiente paso es sin costo, y puede ser parte del proceso de planificación centrado en su persona. Este anuncio contiene información que le será de ayuda. El formulario para completar los espacios al final de este anuncio es sólo una opción en caso de que desee proceder.

Preguntas y Respuestas

¿Qué es una *directiva avanzada para el cuidado de la salud mental*?

Una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental, también conocida como poder de representación para el cuidado de la salud mental, es un documento en el cual usted nombra a otro individuo para que tome decisiones sobre su salud mental por usted en el futuro, en caso de que perdiera la capacidad para tomar decisiones en forma independiente.

Aunque se usa el término “paciente”, el documento se puede aplicar al tratamiento en un hospital y en la comunidad.

¿Existen diferentes tipos de poderes de representación duraderos?

Sí. También existe un poder de representación duradero para cuidado médico, y un poder de representación duradero que cubre asuntos de dinero y finanzas.

¿En qué difiere un poder de representación para el cuidado de la salud de una *directiva avanzada para el cuidado de la salud mental*?

En un poder de representación duradero para el cuidado médico, usted puede decidir que alguien tome una amplia variedad de decisiones médicas si un accidente o enfermedad no le permiten tomar decisiones. También puede decir qué tipo de cuidado desea si sufre una enfermedad terminal.

¿Puede un poder de representación duradero para cuidado médico incluir deseos relacionados con el tratamiento de salud mental?

Sí.

¿Puedo contar con un poder de representación para el cuidado de la salud y una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental?

Sí; o puede elegir poseer una o la otra, o ningún poder duradero en absoluto.

¿Por qué desearía tener ambos documentos?

Primero, es posible que desee elegir a un individuo para que tome decisiones relacionadas con el cuidado médico y a otra persona para que tome decisiones relacionadas con la salud mental.

Segundo, si usa formularios para completar espacios, es probable que una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental tenga más espacio para establecer sus deseos en forma detallada con relación al cuidado de la salud mental.

¿Dónde puede obtener información sobre un poder de representación duradero para el cuidado médico?

Una fuente es el sitio web del Tribunal Estatal de Michigan (State Bar of Michigan), www.michbar.org/elderlaw/. Haga clic en “directivas avanzadas” (advance directives) para obtener información y un formulario.

Además, no debe dudar en discutir este deseo con su médico o terapeuta.

¿Debo poseer una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental?

No. La decisión de contar con cualquier tipo de directiva avanzada es completamente voluntaria. Ningún miembro familiar, hospital o compañía de seguros lo puede forzar a poseer una, ni dictaminar qué debe decir el documento si decide redactar una.

Un hospital no le puede negar sus servicios porque posee una directiva avanzada o porque no posee una.

¿Cuáles son las ventajas de contar con una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental?

Si tuvo experiencia con el sistema de salud mental, es posible que prefiera a ciertos médicos, hospitales y medicaciones. También es posible que haya tenido malas experiencias que no desee repetir.

En su directiva avanzada, puede expresar sus deseos específicos y de ese modo incrementar las posibilidades de que se cumpla con sus deseos.

También puede evitar una audiencia de compromiso en un juzgado de sucesiones en ciertas circunstancias.

¿Es una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental legalmente vinculante?

Sí.

¿Quién está apto para poseer una directiva avanzada para el cuidado de la salud mental?

Deberá tener por lo menos 18 años de edad. Debe entender que le está dando a otra persona poder para realizar ciertas decisiones en su nombre, si usted no fuera capaz de dar su consentimiento.

Si le nombraron un tutor bajo el Código de Herencia y Protección del Individuo (Estates and Protected Individuals Code), entonces no podrá firmar una directiva avanzada.

¿Cómo se llama a la persona a la cual le cedo el poder de decisión?

A dicha persona se la conoce como **defensor del paciente**.

¿Cuándo puede el defensor actuar en mi nombre?

Su defensor sólo puede tomar decisiones en su lugar en el caso de que usted no puede dar su consentimiento para un tratamiento de salud mental.

¿Qué es un “consentimiento por escrito”?

Usted puede dar un consentimiento por escrito si puede:

- Entender que tiene una enfermedad que necesita tratamiento y
- Entiende cuáles son las opciones de tratamiento (incluyendo ningún tratamiento) por la enfermedad que posee y
- Considerar los posibles beneficios y perjuicios (tales como efectos colaterales por una medicación) de cada tratamiento y
- Tomar una decisión razonable entre los tratamientos disponibles.

¿De qué forma es posible que no pueda dar mi consentimiento por escrito?

Es posible que no pueda tomar decisiones sobre su salud mental si una depresión severa, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo o una esquizofrenia afectan su estado de ánimo o proceso de pensamiento o en caso de que la demencia afecte su memoria.

Los síntomas de una enfermedad de la cual sufre podrían empeorar debido a estrés, por no tomar la medicación prescrita o por tomar una medicación erróneamente prescrita.

¿Quién determina que no soy capaz de dar mi consentimiento por escrito?

Luego de examinarlo, un médico y un profesional de la salud mental (que puede ser un médico, psicólogo, enfermero registrado o asistente social con nivel de maestría) deberán cada uno tomar una determinación con respecto al tratamiento de salud mental que se debe aplicar.

Usted podrá en el documento elegir al médico y al profesional de la salud mental que desee para que tome esta determinación.

¿Existe algún poder que pueda cederle a mi defensor de forma inmediata?

Sí. Puede darle a su defensor el derecho a controlar sus registros médicos y de salud mental cuando sea necesario.

¿Qué poderes relacionados con mi tratamiento le puedo dar a un defensor?

Generalmente, puede darle a un defensor poder para tomar las decisiones con relación a su salud mental que normalmente toma en forma independiente.

Puede, por ejemplo, darle a su defensor autorización para hacer programaciones para una terapia fuera del hospital, aceptar o rechazar una medicación y para registrarlo para un tratamiento con hospitalización.

Es muy importante elegir claramente en el documento los poderes que le está cediendo a su defensor.

¿Puedo darle a mi defensor poder para hospitalizarme como un paciente formal y voluntario?

Sí.

¿Poseer una directiva avanzada anula una orden de compromiso?

Si le da a su defensor el poder de hospitalizarlo, es posible que no haya necesidad de presentar una solicitud o petición al juzgado de sucesiones y de una audiencia de compromiso en el futuro.

Si existe una petición y una orden judicial, el defensor deberá cumplir con las provisiones de dicha orden.

¿Qué poderes puedo dar a mi defensor con relación a una medicación?

Puede dar a su defensor el poder de rechazar la medicación, de asegurarse que usted reciba la medicación que solicitó, de elegir entre diferentes medicaciones recomendadas para su enfermedad y forzarlo a tomar una medicación si usted se opone en ese momento.

¿Puedo incluir a la autoridad para rechazar una terapia electro-convulsiva (ECT)?

Sí, puede declarar que no desea recibir tratamientos de ECT (también conocidos como terapias por electrochoque. O, si lo desea, puede dar a su defensor el derecho a consentir una ECT.

¿Puedo declarar otras cosas que deseo?

Sí. Por ejemplo, puede especificarle al médico o proveedor de salud mental que usted desea que él/ella tome la decisión sobre su capacidad para dar un consentimiento por escrito.

Puede elegir a su terapeuta, elegir qué drogas desea recibir y cuáles no, y declarar qué hospital es mejor (si le da a su defensor autoridad para hospitalizarlo).

¿Es importante que especifique mis deseos puntuales?

No se podrá cumplir con su voluntad si nadie conoce sus deseos. También puede ser un problema para su defensor tomar una decisión por usted si no le dice lo que desea. Si tiene ciertos deseos, hable sobre los mismos en forma clara con su defensor e incluya dichos deseos en su directiva avanzada.

¿Cuál es la tarea de mi defensor?

Su defensor tiene la tarea de seguir pasos razonables para cumplir con sus deseos e instrucciones, orales y escritas, decididas mientras podía dar su consentimiento por escrito.

¿Se cumplirán siempre mis deseos?

No. Un profesional de la salud mental puede rehusarse a cumplir sus deseos con relación a un tratamiento, ubicación o profesional de la salud mental específicos, si hubiese una emergencia psiquiátrica donde su vida o la vida de otra persona corre riesgo, que el tratamiento que usted desee no esté disponible o que haya un conflicto con un tratamiento ordenado a nivel judicial.

¿A quién puedo elegir como defensor?

Cualquier persona de 18 años de edad o mayor puede actuar como defensor. Puede elegir a su cónyuge, a un niño adulto, a un amigo o a otro individuo. Debería elegir a alguien en quien confíe, que pueda hacerse responsable de la situación o que esté dispuesto a ser su defensor.

Una buena idea es hablar con el individuo a quien propone como su defensor antes de completar y firmar el documento.

¿Puedo elegir a una segunda persona para que brinde servicios como defensor en caso de que la primera persona que elegí no sea capaz de brindar sus servicios como defensor?

Sí. Es una buena idea hacer esto. La ley permite que sólo una persona brinde los servicios por vez.

¿Qué debo hacer para contar con una directiva avanzada legalmente vinculante para el cuidado de la salud mental?

La declaración se deberá realizar por escrito, estar firmada por usted y por dos testigos adultos.

¿Cualquier persona puede actuar como testigo?

No, existen limitaciones sobre quién puede actuar como testigo. Los testigos no deberán ser parientes directos, ni su médico o defensor ni un empleado de un hospital o programa de salud mental de la comunidad de la cual sea paciente o cliente.

Por ejemplo, podrán actuar como testigos amigos, personas que conoce o un vecino.

¿Deberá el documento estar firmado por un notario?

No.

¿Qué debe hacer un defensor antes de actuar en mi lugar?

Antes de poder actuar, el defensor deberá firmar su aceptación. Esto se podrá realizar en el momento en que usted complete el documento o en un momento posterior. El lenguaje general de la aceptación se establece en la ley.

¿Existe un formulario requerido para el documento?

No. Podrá decidir usar el formulario de prueba que figura en este anuncio.

Al completar el documento, asegúrese de tipiar o escribir en forma clara.

¿Debo completar el formulario con espacios en blanco?

No. Tiene derecho a que un abogado escriba una directiva avanzada por usted.

También tiene derecho a escribir su propio documento. Sin embargo, dado el nivel de complejidad de la ley, es más probable que el documento sea aceptado si usa el formulario con espacios en blanco o si consulta a un abogado. En cualquiera de estos casos, asegúrese de afirmar en forma clara los poderes que desea ceder a su defensor.

Una vez que firmé una directiva avanzada, ¿puedo cambiar de parecer?

Sí. Es posible que desee nombrar a otro defensor o cambiar sus deseos. Siempre y cuando posea salud mental, podrá firmar **un** nuevo documento y luego destruir el anterior.

Puede cancelar la directiva avanzada, diciéndoselo a alguien o demostrando de alguna forma que el documento no refleja sus deseos actuales.

¿Puedo abandonar mi derecho a cancelar el documento?

Sí. En el documento, podrá **elegir** anular su derecho de cancelar de forma inmediata la directiva avanzada.

En tal caso, su decisión de cancelar la directiva avanzada tendrá efecto 30 días luego de que le diga a alguien que desea que la directiva avanzada sea cancelada.

¿Por qué debería elegir esta opción?

Si su documento entra en efecto, su juicio se podría alterar, y es probable que no tome las mejores decisiones con relación a un tratamiento. Si sabe esto

en forma previa, podrá planear esto dándole a su defensor 30 días para actuar en su nombre.

Si eligiera dicha opción, su defensor podría autorizar una medicación, por ejemplo, incluso aunque no le gustara en ese momento.

¿Puede mi defensor renunciar?

Sí. Un defensor puede renunciar en cualquier momento. Si lo hace, el sucesor que haya nombrado podrá convertirse en su defensor si usted no fuera capaz de dar su consentimiento por escrito.

¿Qué sucede si se produce una disputa cuando mi defensor se encuentra tomando decisiones por mí?

Si una persona sin intereses cuestiona si un defensor está actuando de acuerdo a sus mejores intereses o posee la autoridad de actuar en su nombre, él o ella podrán solicitar por escrito a un juzgado de sucesiones local que resuelva la disputa.

¿Qué sucede si recupera la capacidad de dar un consentimiento por escrito sobre decisiones relacionadas con la salud mental?

Los poderes de su defensor terminan cuando usted es capaz de dar un consentimiento por escrito.

En general, ¿qué debería hacer antes de completar una directiva avanzada?

Tomarse su tiempo, ya que se trata de decisiones difíciles. Piense en qué tratamiento desearía bajo diferentes circunstancias en el futuro. Considere a quién elegiría como su defensor y asegúrese de que dicha persona esté dispuesta a brindar sus servicios.

¿Debería también hablar con un profesional de la salud mental?

¡Sí! Hable sobre el tema. Tenga una discusión sobre los beneficios y perjuicios sobre diferentes tipos de tratamientos. Exprese al menos sus deseos generales y asegúrese que el profesional de la salud mental esté de acuerdo con la idea de aplicarlos.

¿Qué debo hacer con una directiva avanzada luego de firmarla?

Entregar el poder de representación original para cuidado médico duradero a su defensor (o por lo menos asegúrese de que él o ella sepan dónde se encuentra). Entregue una copia a su profesional de la salud mental y conserve usted otra copia. Haga saber a otras personas a quién eligió como su defensor.

Luego de firmar una o más directivas avanzadas, ¿debería continuar discutiendo el asunto de mi cuidado?

Sí. Siéntese con la persona a la cual eligió como defensor. Cuanto más clara sea la imagen que él o ella tengan de sus deseos, mejor será. Si pasó algún tiempo desde que firmó el documento, discuta el tema nuevamente.

¿Cuándo debería yo revisar una directiva avanzada?

Debido a que las medicaciones y los tratamientos se encuentran en constante cambio, y debido a que pueden existir cambios sobre sus perspectivas, sería aconsejable revisar su directiva avanzada una vez al año. Al revisarla, podrá decidir si conservará el documento, si escribirá uno nuevo o si no tendrá una directiva avanzada.

Si decide conservar la directiva avanzada, coloque sus iniciales y la fecha en la parte inferior. El documento no caducará hasta que decida cancelarlo.

¿Qué debería hacer si escribo una nueva directiva avanzada?

Ya sea que elija a otra persona como su defensor o que cambie sus deseos sobre el cuidado, intente recuperar las copias del documento anterior y destruya las mismas. Entregue a todas las personas que desee el nuevo documento.

¿Cuáles son las responsabilidades de las instalaciones de cuidado médico?

Los hospitales, los hogares de cuidado, las organizaciones de hospicios y las agencias de salud en el hogar que reciben fondos federales tienen la obligación de informar a los pacientes que ingresan sobre sus derechos de consentir o rechazar un tratamiento, incluyendo el derecho a contar con directivas avanzadas.

Una instalación de cuidado de la salud no puede forzarlo a firmar una directiva avanzada o rehusarse a brindarle cuidado si ya firmó una.

Si un hospital u hogar de cuidado recibe una directiva avanzada, deberá incluir la misma en su registro médico.

¿Cumplirá el hospital u hogar de cuidado con lo que figura en mi documento?

Si la instalación no tiene razones para cuestionar si el documento es real, tiene pruebas de que usted ya no puede dar su consentimiento por escrito y cree que un defensor está actuando de acuerdo con sus deseos, es probable que dicha instalación cumpla con el mismo.

Debe saber que aunque cuente con una directiva avanzada, no existe una promesa absoluta de que se cumplirán sus deseos.

Como se mencionó anteriormente, existen momentos en que no se cumplirán sus deseos. Por ejemplo, es posible que el tratamiento que solicitó no esté disponible, podría haber un conflicto con el tratamiento ordenado por un juzgado o podría no tratar un peligro sobre su vida o la de otras personas.

¿Qué sucede si decido no contar con una directiva avanzada?

Puede elegir dicha opción si lo desea.

Es posible que aún se deba tomar decisiones por usted en caso de que no fuera capaz de tomarlas. En dicha instancia, es muy posible que se presente ante un juzgado de sucesiones una petición de compromiso voluntario.

¿Cuál es el sitio web en el cual puedo buscar información sobre directivas avanzadas?

<http://www.michigan.gov/mdch>

Haga clic en: Mental Health & Substance Abuse (Salud Mental y Abuso de Sustancias)

Haga clic en: Mental Health & Developmental Disability (Salud Mental y Incapacidades en Desarrollo)

Haga clic en: Psychiatric Advance Directive (Directiva Avanzada de Psiquiatría)

Haga clic en: Advance Directive Question & Answer Pamphlet (Anuncio de Preguntas y Respuestas sobre Directiva Avanzada) o

Advance Directive Form (Formulario de Directiva Avanzada) o

Advance Directive Declaration (Declaración de Directiva Avanzada)

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS
SOBRE EL CUIDADO DE
SALUD MENTAL DE MICHIGAN**

Yo, _____, poseo salud mental y
(Escriba en imprenta o tipee su nombre completo)

voluntariamente hago esta designación.

DESIGNACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE

Designo a _____, mi _____,
(Inserte el nombre del defensor) (Cónyuge, hijo, amigo ...)

quien vive en _____,
(Domicilio del defensor)
número telefónico _____, como mi defensor.

Si la primera persona que elegí no puede brindar el servicio, designo a
_____, mi _____,
(Escriba el nombre del defensor) (cónyuge, hijo, amigo...)

quien viven en _____,
(Domicilio del defensor)
número telefónico _____, como mi defensor.

PODERES GENERALES

Mi pariente defensor sólo puede tomar decisiones para mí si un médico y un profesional de salud mental determinan que yo no puedo dar un consentimiento informado para el cuidado de salud mental. OPCIONAL: puede elegir al médico y profesional de la salud mental completando los dos nombres y números telefónicos aquí:

Mi defensor deberá firmar y aceptar antes de poder actuar por mí por primera vez. Hablé sobre esta cita con los individuos que elegí como defensores.

Al tomar decisiones, mi defensor intentará cumplir con mis deseos, ya sea que haya hablado con él/ella por escrito a través de este documento o de cualquier otro documento.

Doy a mi defensor el poder de aceptar o rechazar un tratamiento según se establece a continuación y de cubrir el costo de tales servicios con mis fondos.

El individuo que elegí como mi defensor tendrá acceso a cualquiera de mis registros médicos y mentales sobre los cuales poseo un derecho. Para otorgar tal acceso, nombro a este individuo como mi "representante personal", según se define en las cláusulas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act), y como mi "representante autorizado", según se define en la Ley de Acceso a los Registros Médicos de Michigan (Michigan Medical Records Access Act).

PODERES Y PREFERENCIAS ESPECÍFICAS

A continuación figura una lista de tipos de tratamiento. Puedo elegir uno o más. Al escribir **SÍ** junto a un número, doy a mi defensor el poder de consentir dicho tipo de tratamiento. Al escribir **NO** junto a un número, mi defensor no puede consentir dicho tipo de tratamiento.

Si lo deseo, puedo escribir mis preferencias sobre cada poder que doy a mi defensor.

1. _____ terapia externa para pacientes. Si necesito una terapia externa, prefiero que sea provista por _____.

2. _____ Mi admisión como paciente voluntario formal a un hospital para recibir servicios de salud mental dentro del hospital. Doy el derecho a dar aviso tres días antes sobre mi intención de dejar el hospital. Si necesitara ser hospitalizado, prefiero el siguiente hospital:

_____.

3. _____ Mi admisión a un hospital para recibir servicios de salud mental dentro del hospital. Si necesitara ser hospitalizado, prefiero el siguiente hospital:

_____.

4. Si necesitara ser hospitalizado, prefiero que _____ me lleve al hospital.

5. _____ medicación psicotrópica (medicina psiquiátrica). Prefiero recibir la siguiente medicación o medicaciones:

No deseo recibir la siguiente medicación o medicaciones:

debido a que _____

6. _____ terapia electro-convulsiva (ECT). Deseo que el máximo número de tratamientos sean _____.

7. _____ ubicación en una residencia grupal

8. _____ aislamiento y restricción

9. Deseos adicionales: (opcional)

REVOCACIÓN
(Declaración inicial)

_____ Puedo cambiar de idea en cualquier momento, comunicándome de forma tal que esta designación no refleje mis deseos.

_____ Abandono mi derecho a hacer que una revocación tenga efecto inmediatamente. Si revoco mi designación, la revocación tendrá efecto 30 días desde la fecha en que comuniqué mi intención de hacer revocarla. Incluso si elijo esta opción, aún tengo el derecho a dar tres días de aviso sobre mi intención de abandonar el hospital si soy un paciente voluntario formal.

RESPONSABILIDAD

Es mi intención que nadie que participe en mi cuidado sea responsable de hacer honor a mis deseos, según lo expresado en esta designación o siguiendo las instrucciones de mi defensor.

Las fotocopias de este documento tienen la misma validez que sus originales.

FIRMA

Firmo este documento de forma voluntaria, y entiendo su propósito.

Fecha: _____

Firma: _____

(Su firma)

(Domicilio)

DECLARACIÓN CON RELACIÓN A TESTIGOS

Elegí a dos testigos adultos a quienes no se nombra en mi testamento; que no es ni mi cónyuge, padre, hijo, nieto, hermano o hermana; que no es ni mi médico ni mi defensor; que no es un empleado de la compañía de mi seguro de vida o salud, un empleado del hogar para ancianos donde resido, un empleado del programa de salud mental comunitario que me brinda servicios o un empleado del establecimiento de cuidado médico donde me encuentro actualmente.

DECLARACIÓN Y FIRMA DE LOS TESTIGOS

Firmamos a continuación como testigos. Esta declaración fue firmada en nuestra presencia. El declarante parece presentar un buen estado de salud mental y estar haciendo esta designación en forma voluntaria, sin coacción, fraude o influencia indebida.

(Nombre en imprenta)

(Firma del testigo)

(Domicilio)

(Nombre en imprenta)

(Firma del testigo)

(Domicilio)

ACEPTACIÓN DEL DEFENSOR

- (1) **Esta designación no tendrá efecto** a menos que el paciente no sea capaz de participar en las decisiones relacionadas con su salud mental.
- (2) **Un paciente no ejercerá los poderes** relacionados con el cuidado del paciente, custodia y tratamiento médico o de salud mental que el paciente, si el paciente fuera capaz de participar en la decisión, no podría haber ejercitado por sí solo.
- (3) **Un defensor no recibirá una compensación** por el desempeño de su autoridad, derechos y responsabilidades, pero un defensor podrá ser remunerado por gastos reales y necesarios incurridos en el desempeño de su autoridad, derechos y responsabilidades.
- (4) **Un defensor actuará de acuerdo** con los estándares de cuidado aplicables a fiduciarios al actuar en nombre del paciente y actuará de acuerdo a los mejores intereses del paciente.
- (5) **Los deseos conocidos del paciente** expresados o evidenciados mientras el paciente sea capaz de participar en decisiones relacionadas con tratamiento médico o de salud mental se presume estarán en los mejores intereses del paciente.
- (6) **Un paciente puede revocar su designación** en cualquier momento o de un modo que sea suficiente para comunicar una intención de revocación.
- (7) **Un paciente podrá renunciar a su derecho a revocar** la designación del defensor con relación al poder para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental, y si tal renuncia es realizada, su capacidad de hacer una revocación sobre cierto tratamiento será demorada durante 30 días luego de que el paciente comunique su intención de hacer tal revocación.
- (8) **Un paciente puede revocar su aceptación** de la designación en cualquier momento o de un modo que sea suficiente para comunicar una intención de revocación.

(9) Un paciente admitido en una instalación o agencia de salud tiene el derecho a ser enumerado en la Sección 20201 del Código de Salud Pública (Public Health Code), Ley N° 368 de las Leyes Públicas de 1978, Sección 333.20201 de las Leyes Compiladas de Michigan (Michigan Compiled Laws).

Yo, _____, entiendo las
(Nombre del defensor)
condiciones anteriores, y acepto la designación como defensor o sucesor del
defensor del paciente _____
(Nombre del paciente)

que firmó una instrucción avanzada de cuidado de salud mental en la siguiente

fecha: _____.

Fecha: _____

Firma: _____

(Firma del defensor o sucesor del defensor del paciente)

*Michigan Department
of Community Health*



Jennifer M. Granholm, Governor
Janet Olszewski, Director

MDCH is an equal opportunity employer, services and program provider.
2,000 printed at \$1.544 each with a total cost \$3,088.17