

**ESTADO DE ARIZONA**  
**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL**  
**Instrucciones y Formulario**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Utilice este formulario de Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental si desea nombrar a una persona para que tome decisiones futuras de atenciones de la salud mental por usted si usted se vuelve incapaz de tomar estas decisiones por sí mismo. La decisión de si es usted incapaz sólo puede tomarla un siquiatra autorizado de Arizona o un sicólogo que evaluará si usted puede dar consentimiento informado. Está seguro de que comprende la importancia de este documento. Hable sobre sus elecciones con los miembros de su familia, amigos y otros en quien confía. También conviene hablar con profesionistas como su médico, clérigo y un abogado antes de completar y firmar este formulario.

Si decide que éste es el formulario que quiere usar, complete el formulario. No firme el formulario hasta que su testigo o un Notario Público esté presente para verlo firmar. Hay más instrucciones para usted sobre firmar este formulario en la página 3.

**1. Información sobre mí:** (Se me denomina el "Principal")

Mi Nombre: \_\_\_\_\_ Mi Edad: \_\_\_\_\_  
Mi Dirección: \_\_\_\_\_ Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Selección de mi representante de atención de la salud mental y el alterno:** (También llamados un "agente" o "sustituto")

Escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atenciones de la salud mental por mí cuando sea incapaz de tomarlas por mí mismo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Escojo a la siguiente persona para que actúe como representante alterno para tomar decisiones de atenciones de la salud mental por mí si mi primer representante no está disponible, no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**3. Tratamientos de salud mental que AUTORIZO si no puedo tomar las decisiones por mí mismo:**

Éstos son los tratamientos de salud mental que autorizo a mi representante de atenciones de la salud mental que tome a nombre mío si me encuentro incapaz de tomar mis propias decisiones de atenciones de la salud mental debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Si mis deseos no están claros en esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o mi representante no los conoce de otra manera, mi representante actuará de buena fe de acuerdo con lo más conveniente para mí. Este nombramiento queda vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por orden de un tribunal. Mi representante está autorizado para hacer lo siguiente, a lo cual le he puesto mis iniciales o he marcado:

\_\_\_\_\_ **A. Sobre mi historial:** Recibir información en cuanto al tratamiento de la salud mental que se propone para mí y recibir, revisar y consentir a la divulgación de cualquier parte de mi historial médico relacionada con ese tratamiento.

\_\_\_\_\_ **B. Sobre medicamentos:** Consentir a la administración de cualquier medicamento recomendado por mi médico tratante.

**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Continuación)**

\_\_\_\_ **C. Sobre un entorno de tratamiento estructurado:** Ingresarme a un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas y un programa de tratamiento intensivo autorizado por el Departamento de Servicios de Salud, que se denomina un centro de salud del comportamiento "nivel uno".

**D. Otro:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Tratamientos perdurables de salud mental que explícitamente NO AUTORIZO si no puedo tomar las decisiones por mí mismo:** (Explique o escriba "Ninguno")

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Revocabilidad de esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental:**

Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental se elabora de conformidad con las leyes de Arizona y continúa vigente para todos los que se basan en ella excepto aquellos que han recibido aviso oral o escrito de su revocación. Además, deseo ser capaz de revocar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental como sigue: (Ponga sus iniciales o marque A o B.)

- \_\_\_\_ A. Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental es IRREVOCABLE si no puedo dar consentimiento informado para tratamiento de salud mental.
- \_\_\_\_ B. Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental es REVOCABLE en cualquier momento si yo hago cualquiera de lo siguiente:
  - 1.) Hacer una revocación por escrito de la Carta Poder para Atenciones de la Salud Mental o una declaración escrita para descalificar a mi representante o agente.
  - 2.) Avisar oralmente a mi representante o agente o a un proveedor de atenciones de la salud mental que estoy revocando.
  - 3.) Elaborar una nueva Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental.
  - 4.) Cualquier otro acto que demuestre mi intención específica de revocar una Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o de descalificar a mi agente.

**6. Información adicional** sobre mis necesidades de tratamiento de atenciones de la salud mental (considere incluir historial de salud mental o física, necesidades dietéticas, preocupaciones religiosas, personas a notificar y cualquier otro asunto que sienta que es importante):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HIPAA RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE**

\_\_\_\_ **(Inicial)** Mi intención que mi agente sea tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otro historial médico. Esta autoridad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Obligación para Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d Y 45 CFR 160-164.

**FIRMA O VERIFICACIÓN**

**A.** Estoy firmando esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Continuación)**

**B.** Soy físicamente incapaz de firmar este documento, por lo que un testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del Testigo:** Considero que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental expresa exactamente los deseos que me fueron comunicados por el Principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento. Él/ella es físicamente incapaz de firmar o marcar este documento en este momento. Verifico que él/ella me indicó directamente a mí que la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento.

Nombre del Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO**

NOTA: Por lo menos un testigo adulto o un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y después firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años; (b) pariente suyo por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) su representante; o (e) alguien que está involucrado en su atención médica en el momento de firma de este documento.

**A. Testigo:** Afirmo que conozco personalmente a la persona firmante de esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental y que fui testigo de la firma de la persona o reconozco la firma de la persona en este documento en mi presencia. Además afirmo que él/ella parece estar lúcido y no estar bajo coacción, fraude o influencia indebida. Él/ella no es mi pariente por sangre, matrimonio o adopción y no es una persona a quien proveo cuidados directamente en una capacidad profesional. No he sido nombrado como representante para tomar decisiones médicas en nombre de él/ella.

Nombre del Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**B. Notario Público** (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted NO necesita que firme un notario):

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El infrascrito, Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona que hace esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental la ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcida y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado con el arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada a tomar decisiones médicas en nombre de él/ella. No estoy involucrado directamente en el suministro de cuidados como profesional a la persona firmante. No tengo derecho a ninguna porción de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso que la persona que acepta esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental sea físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente a mí que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_.  
Notario Público \_\_\_\_\_ Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_

**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Última Página)**

**OPCIONAL:  
ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE**

Acepto este nombramiento y acuerdo servir como agente para tomar decisiones de salud mental para el Principal. Comprendo que debo actuar consistentemente con los deseos de la persona a quien represento como está expresado en esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o, si no está expresado, como me es conocido de otra forma. Si no conozco los deseos del Principal, tengo el deber de actuar en la forma que yo, de buena fe, considero ser para bien de esa persona. Comprendo que este documento me da la autoridad de tomar decisiones sobre tratamiento de salud mental únicamente mientras esté determinado que esa persona está incapacitada, lo cual bajo las leyes de Arizona quiere decir que un siquiatra autorizado o sicólogo tiene la opinión que el Principal no es capaz de dar consentimiento informado.

Nombre del Médico (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_