

Directivas Anticipada Psiquiátricas /Plan de Crisis INSTRUCCIONES

Mental Health Association in New Jersey (800) 367-8850

Disability Rights New Jersey (800) 922-7233

La directiva anticipada psiquiátrica es un documento que le permite tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental por adelantado. Aunque existen algunos casos en los que su plan no puede ser seguido, escribir una directiva anticipada psiquiátrica es la mejor manera de asegurar que sus deseos son conocidos y llevado a cabo durante un tiempo en el que puede ser incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Es útil tener a uno o más partidarios para ayudarle en la redacción de este plan. Por favor, recuerde discutir primero con sus seguidores cómo pueden ayudar en una crisis y asegúrese de que están dispuestos y en condiciones de ser incluido en este plan.

Recordatorio: Completar el formulario de Psiquiatría Directiva Anticipada cuando se sienta bien, no cuando usted está en una crisis de salud mental.

Usted no tiene que llenar todos los planes del plan. Si desea dejar partes en blanco 1-9, trace una línea y escriba sus iniciales.

PÁGINA 1:

Usted puede decidir si desea o no que su Directiva Anticipada de Psiquiatría sea seguido **sólo** en el caso de ser incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica según lo determinado por un profesional médico. O puede indicar que desea que el plan para ser discutido con usted y seguidos sin que la determinación de cuando usted está experimentando los signos y síntomas que la lista en la parte 2 del plan. Seleccione una de estas opciones.

Iniciales en una de las declaraciones con respecto a si le gustaría que se reservan el derecho de revocar este plan en cualquier momento, incluso cuando usted está en una crisis de salud mental.

Si desea nombrar a un representante de atención de salud mental por favor complete la sección que indica que quien es su principal representante de atención de salud mental será. Usted puede también elegir un suplente en el caso de que su principal no está disponible. Esto debe ser una persona con quien usted confía para actuar de manera consistente con sus deseos que usted ha hecho para el cuidado de su salud mental. Sin embargo, no es necesario para que usted pueda designar a un representante y se puede nombrar la gente que le gustaría que le apoyan en otras formas en la parte 8.

PÁGINA 2:

Sólo si se ha seleccionado un representante de atención de salud mental usted necesita completar la página 2.

Partida A-Seleccione una de las dos opciones de cómo le gustaría que su representante tomara decisiones sobre su cuidado. Este será el caso si algo no se trata específicamente en el plan, y su representante (s) no es consciente de sus deseos. La primera opción indica que desea que puedan tomar decisiones basadas en lo que creen es la decisión que usted haría. La segunda opción permite que el representante (s) para tomar decisiones sobre la base de lo que piensan es en su mejor interés, con la consulta de su proveedor de cuidado de la salud y otros partidarios de que usted ha enumerado en el documento.

Artículo B-Seleccione una de las opciones de dar su consentimiento o no consentimiento para permitir que su representante lo ingrese a un programa de hospitalización psiquiátrica en hospitales de día y por cuántos días. Esto le dará el representante la autoridad de la admisión voluntariamente si usted es incapaz de tomar esa decisión por usted mismo y si eso es el tratamiento médico recomendado por el profesional (s). Si elige esta opción, usted puede escribir bajo qué circunstancias estaría de acuerdo en ser hospitalizado. (Por ejemplo, si usted está experimentando un episodio maníaco, a dejado de tomar medicamentos, etc.)

PÁGINAS 3-8:

Parte 1: Como es usted cuando está bien de salud

Use palabras para describirse a sí mismo cuando se siente bien. (Por ejemplo, tranquilo, alegre, social, etc.) Esto ayudará a otros, especialmente aquellos que no le conocen, para identificar cómo se siente y actúa cuando se siente bien.

Parte 2: Síntomas

Describa los síntomas, signos y comportamientos que indican a los demás que están en crisis y que tienen que tomar responsabilidad por su cuidado, siguiendo este plan. (Por ejemplo, incapaz de quedarse quieto / ritmo incontrolable, no levantarse de la cama, negándose a comer, el uso de alcohol, etc.) Trata de ser lo más específico posible.

Uso de Sustancias (Drogas de la Calle / Alcohol / Medicamentos con receta): Esta sección le permite indicar posibles sustancias que pueden estar bajo la influencia de la que ha utilizado en el pasado, antes o durante una crisis. También describe como sería si estuviera bajo la influencia de esa sustancia (s). No se admite a la utilización de cualquiera de las sustancias por completar esta sección.

Parte 3: Los partidarios

Además de los representantes que ha nombrado, haga una lista de las personas (familiares, parejas, amigos), a quien le gustaría ponerse en contacto y con cualquier otra persona que no le gustaría estuviera involucrado en su tratamiento. También puede pedir a sus partidarios a realizar tareas específicas para usted. (Por ejemplo, a alguien que recoja su correo y alimentar a su mascota, alguien para pagar las cuentas o informar a su empleador que va a estar fuera del trabajo, etc.) Si usted es un cuidador de alguien en su casa, un niño, persona mayor de edad, etc., haga una lista a continuación de quiénes son ellos y alguien que pueda ser contactado para

hacerse cargo de su cuidado o los arreglos para usted.

Parte 4: Información Médica

Haga una lista de sus proveedores de salud e indicar, en su caso a quien le gustaría usted estuviera implicado en su cuidado durante una crisis de salud mental. Incluya su farmacia y la información del seguro también. Indique alguna condición médica que usted tiene. Una lista de todos los medicamentos y los medicamentos sin receta que está tomando actualmente, incluyendo las vitaminas y suplementos a base de hierbas. Si usted tiene una preferencia por recibir medicación adicional durante una crisis, indique los que acepta consentimiento y los que no daría consentimiento, debe indicar la razón por la cual no lo acepta. En lo posible hacer una lista de medicamentos en particular o la clase de medicamentos. Es posible que haya llegado a esta información basada en experiencias pasadas. Además una lista de todos los medicamentos que los que usted tiene alergia.

Parte 5: La ayuda de mis simpatizantes y el personal hospital:

Enumerar cuáles son sus simpatizantes y el personal del hospital, que pueden hacer para ayudarle a sentirse mejor y reducir los síntomas cuando se encuentra en una crisis. (Por ejemplo, ofrecerle materiales de dibujo, acompañarlo a usted afuera a pasear, sentarse tranquilamente con usted, escuchar música de relajación, que le traigan revistas, etc.) También se puede indicar qué acciones o situaciones que los demás deben evitar que le puede hacer sentir peor, agitado o molesto. (Por ejemplo, hablar en voz alta, estar en una habitación luminosa, tocarme, más de una persona que me hablaba a la vez, etc.)

Parte 6: Cuidado del Hogar / Atención a la Comunidad/ Cuidado de relevo:

Si usted desea evitar la hospitalización, usted puede desarrollar un plan alternativo que le mantendrá a salvo y le proporcionará un apoyo intensivo en un entorno de hogar o la comunidad, (Por ejemplo, hacer un plan para quedarse con un familiar durante un determinado período de tiempo y tener visitas frecuentes con los proveedores de cuidado de la salud, la estancia en un centro de descanso de viviendas de apoyo, vigilar de cerca en su casa a través de visitas y llamadas telefónicas diarias aquí para allá, proveedores, amigos, familia, etc.)

Parte 7: Hospitales y Centros de tratamiento:

Hospitales lista y / o centros de tratamiento de la que usted prefiera para recibir atención, así como a quienes se les desea evitar. Usted puede tomar a estas decisiones basadas en experiencias pasadas en estas instalaciones o que tengan un médico que trabaja en un hospital particular.

Parte 8: Tratamientos y Terapias:

Enumere los tratamientos adicionales que le gustaría recibir en una situación de crisis. (Por ejemplo, Terapia de grupo, actividades artísticas creativas, prácticas holísticas, etc.) Además, puede indicar tratamientos que le gustaría evitar. (Por ejemplo, aislamiento, restricciones, etc. Algunas personas indican sus preferencias en cuanto a la TEC (electroconvulsivo Terapia). También se pueden enumerar las técnicas de bienestar que le ayudan a recuperarse de una crisis, como por ejemplo dormir extra, diario, caminar, dibujar, música, etc., y se les permite tener acceso a estas cosas cuando sea posible.

Parte 9: Desactivación del Plan:

Lista de lo que parece indicar que se siente suficientemente bien como para tomar sus propias decisiones sobre su cuidado y que sus partidarios ya no tendrá que seguir este plan. Sea tan específico como sea posible. (Por ejemplo, que usted está comiendo 3 comidas al día, usted ya no tiene ritmo incontrolable, que ha dormido toda la noche 2 noches en una fila, se le socializar y hablar con los demás, ustedes ya no escucha voces, etc.)

Firmar y fechar su plan y debe ser firmado por uno o más testigos. (Ver restricciones testigos)

Si usted desea inscribir a su directiva anticipada con la División de NJ de Salud Mental y Contra la Adicción (DMHAS), llene el formulario de inscripción proporcionado y enviarlo con una copia de este plan. Si realiza cambios a su plan, es necesario tener que volver a firmar y fechar a la nueva versión enviada a DMHAS. El plan con la fecha más reciente sustituirá a todos los demás.

Por favor, mantenga el original de su plan.