Directiva anticipada de Psiquiatria (PAD)/Plan de Crisis*
Nueva Jersey Directivas Anticipadas para la Ley de Salud Mental
NJSA 26:2H- 108 y ss.

Nombre: Fecha de nacimiento: Telefono:

Direccion: _____

Yo, siendo un adulto legal en su sano juicio, de forma voluntaria hago esta declaración para tratamiento de salud mental. Quiero que esta declaración que será seguida, si yo soy incapaz de tomar una decisión o desiciones sobre mi cuidado, como se define en las leyes de Nueva Jersey 26:2 H-109.Por favor, seleccione uno y la inicial de las siguientes afirmaciones:

___ En la ausencia de una declaración de incapacidad, quiero las opciones que he hecho en este plan que se utilizara para guiar los servicios, cuando los signos y síntomas de la PARTE 2se producen.

___ Quiero que este plan que se utilizara solo si yo soy incapaz de tomar decisiones sobre mi cuidado como se define en las leyes de Nueva Jersey 26:2H-109.

Por favor, seleccione uno y marque su inicial de las siguientes afirmaciones:

___ Yo puedo revocar este plan en cualquier momento según lo permitido por la ley.

___No quiero ejercer mi derecho de revocar este plan una vez que se ha activado.

Si se determina que yo soy incapaz de tomar decisiones informadas sobre la atención de mi salud, quiero que la siguiente persona actue como representante de my atención primaria de salud mental.

Nombre Relacion con la persona Teléfono 1
Telefono 2

Direccion Correo electronico

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

Nombre Relacion con la persona Teléfono 1
Telefono 2

Direccion Correo electrónico

__ No quiero nombrar a un representante de salud mental.

Inicial__

Si a usted le ha sido designado alguien como su representante de salud mental, por favor conteste las secciones A y B poniendo sus iniciales en el elegido. Si usted no desea designar a alguien como su representante, no complete esta pagina.

A) Autoridad y Limitación de la Autoridad del Representante de Salud Mental
Quiero que mi representante tome decisiones sobre mi tratamiento de la siguiente manera: (Por favor, seleccione uno y ponga su inicial).

___ Tomar decisiones acerca de mi atención sobre la base de lo que es en este documento o, si no se expresa específicamente, ya que de otra manera conocida para mi representante. Si mis deseos no son conocidos o no están específicamente expresados en este documento, tomar decisiones basadas en lo que el/ella piensa que seria lo mejor para mi.

___Tomar decisiones acerca de mi atención sobre la base de lo que es en este documento, si no e expresa específicamente, ya que de otra manera conocida para mi representante. Si mis deseos no son conocidos o no están específicamente expresados en este documento, tomar decisiones sobre mi cuidado que el/ella piensa seria lo mejor para mi, teniendo en cuenta mis preferencias y las consultas con los proveedores y colaboradores, como se indica en este documento.

B) Por favor, seleccione uno y marque su inicial en las siguientes afirmaciones:

___Doy mi consentimiento para dar a mi representante el poder para admitirme como paciente hospitalizado o parcial del programa de hospitalización psiquiátrica para un máximo de __ días.

Opcional: Describir las condiciones en las que estaría de acuerdo en caso de tener que ser hospitalizado:

_____

_____

_____

___ No consiento para dar a mi representante el poder para admitirme como paciente hospitalizado o parcial hospitalización del programa de hospitalización psiquiátrica.

Nombre:

_____

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

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

_____

_____

_____

Parte 2. **Sintomas**

Los siguientes signos y síntomas que indican que estoy en una crisis de salud mental y el plan que me gustaría a seguir:

_____

_____

_____

_____

_____

Uso de la Sustancia (Drogas de la calle/ Alcohol/Medicamentos por Prescripcion)

Sin admitir que el uso actual de las sustancias, ofrezco la siguiente información:

Se trata de la sustancia(s) de lo que uso o que es probable use:

_____

Me siento y me comporto de esta manera después de tomar este medicamento(s):

_____

Parte 3. Partidarios

En el caso de estoy teniendo una crisis de salud mental, por favor pongase en contacto con la siguiente persona(s), además de los representantes nombrados:

Nombre Relacion con la persona Telefono 1
Telefono 2

Nombre Relacion con la persona Telefono 1
Telefono 2

Nombre Relacion con la persona Telefono 1
Telefono 2

Nombre Relacion con la persona Telefono 1
Telefono 2

No quiero que las siguientes personas sean notificadas o que participen en mi cuidado o tratamiento de ninguna manera:

Nombre No quiero se involucren porque: (Opcional)

Nombre No quiero se involucren porque: (Opcional)

Si soy admitido a un hospital, voy a necesitar ayuda con la siguiente tarea:

Necesito (nombre)_____ Para (tareas)_____

Necesito (nombre)_____ Para (tareas)_____

Necesito (nombre)_____ Para (tareas)_____

Necesito (nombre)_____ Para (tareas)_____

Necesito (nombre)_____ Para (tareas)_____

Yo tomo cuidado de la siguiente persona(s) en mi casa:

Las siguientes personas deben ponerse en contacto para organizar y sustituir el cuidado:

Nombre Telefono 1
Telefono 2

Inicial_____

Parte 4. Informacion Medica:

Atencion Medico Primaria Telefono

Psiquiatra Telefono

Therapeuta Telefono

Farmacia Telefono

Seguro Medico ID # Telefono

Me gustaría que los proveedores de salud sean notificados y consultados acerca de mi atención:

Tengo las siguientes condiciones medicas:

Medicamentos/ Supplementos. OTC (medicamentos sin receta medica) preparaciones que actualmente estoy usando:

Nombre Dosis Uso

Nombre Dosis Uso

Nombre Dosis Uso

Nombre Dosis Uso

Nombre Dosis Uso

Nombre Dosis Uso

Inicial____

Medicamentos que me han ayudado en el pasado y que autorizo el uso:

Nombre	Dosis	Uso
Nombre	Dosis	Uso
Nombre	Dosis	Uso
Nombre	Dosis	Uso

Medicamentos que no autorizo o que deseo evitar:

Nombre del medicamento	Motivo
Nombre del medicamento	Motivo
Nombre del medicamento	Motivo
Nombre del medicamento	Motivo
Nombre del medicamento	Motivo

Medicamentos a que soy alérgico:

Nombre	Reaccion
Nombre	Reaccion

Parte 5: Ayuda de mis colaboradores y personal del hospital

Por favor, las siguientes cosas que me ayudarían a reducir los síntomas, me reconfortan, y mantienen a salvo:

_____

_____

_____

_____

_____

Por favor, EVITAR hacer las siguientes cosas mientras estoy en una crisis, porque pueden hacerme sentir aun peor:

_____

_____

_____

_____

<u>Parte 6</u>. Cuidado del Hogar/ Centro de Comunidad/Centro de Recuperacion.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

<u>Parte 7.</u> Hospital y otros Centro de Tratamientos:

Si debo ser admitido en un Hospital o Centro de Tratamiento, prefiero las siguientes instalaciones en este orden de preferencia:

1. Nombre Razon de preferencia

_____

2. Nombre Razon de preferencia

_____

EVITAR el uso del siguiente Hospital:

1. Nombre Razon de preferencia

_____

2. Nombre Razon de preferencia

_____

Parte 8: Tratamientos y Terapias:
Los siguientes tratamientos y las terapias que me ayudan cuando estoy en crisis:

Nombre Cuando ser usado

_____

Nombre Cuando ser usado

_____

Tratamientos e intervenciones que no doy consentimiento:

Nombre Razon porque no

_____

Nombre Razon porque no

_____

Me gustaría permitir el uso de las siguientes técnicas de bienestar para ayudarme en mi recuperación:

_____

_____

_____

_____

_____

Parte 9: Desactivacion del Plan:

Las siguientes señales, la falta de síntomas o acciones indican a mis partidarios que ya no es necesario utilizar este plan y que soy capaz de tomar mis propias decisiones.

_____

_____

_____

_____

_____

If you have any additional instructions or notes, please include them here.

Firma del Declarante:
Yo, _____, siendo un adulto legal de la mente racional, deseo hacer esta declaración de forma voluntaria para recibir tratamiento de salud mental.
Firma_____Fecha_____

Aclaracion de firma_____

Toda la atención del Plan de Salud Mental de Directiva Anticipada firmado con una fecha mas reciente tiene prioridad sobre este plan.
_____ Este plan ha sido registrado en el estado de Nueva jersey.

Afirmación del Primer Testigo:
Yo afirmo que la persona que firma este tipo de atención de salud mental directiva anticipada es:

1. Personalmente me conoce.
2. Firmo o reconoció su el/ella firma en este formulario en mi presencia.
3. Aparenta estar en su sano juicio y no en virtud de procedimientos, fraude o influencia.
4. No es mi familiar, por cosanguinidad, matrimonio o adopción.
5. No es una persona a quien suministran la atención directamente como un profesional.
6. No me ha nombrado como su representante para tomar decisiones medicas en su el/ella nombre.

Firma Testigo_____Fecha_____

Afirmacion del Segundo Testigo:
(Dos testigos son requeridos en caso el primero este relacionado con el declarante, o un operador, administrador o empleado de una institución de casa de alberge o centro de atención residencial en donde reside el declarante).
Yo afirmo que la persona que firma este tipo de atención de salud mental directiva anticipada es:

1. Personalmente me conoce.
2. Firmo o reconoció su el/ella firma en este formulario en mi presencia.
3. Aparenta estar en su sano juicio y no en virtud de procedimientos, fraude o influencia.
4. No es mi familiar, por cosanguinidad, matrimonio o adopción.
5. No es una persona a quien suministran la atención directamente como un profesional.
6. No me ha nombrado como su representante para tomar decisiones medicas en su el/ella nombre.

Firma Testigo_____Fecha_____

Registracion

Por este medio presento mi directiva anticipada de salud mental, a la Division de Sevicios de Salud Mental del Departamento de los Servicios Humanos de Nueva Jersey para ser registrado/a.

Elijo la siguiente contraseña para permitir el acceso para mi y para nadie con quien compartirlo:_____(si deja en blanco, se le asignara y proporcionara a ud.)
Yo entiendo que un proveedor de cuidado de salud mental puede acceder a mi directiva si es necesario. Ninguna otra persona se le permitirá ver la directiva(exepto cuando se requiere para la administración del registro) sin mi permiso.

Firma_____Aclaracion de firma_____

Fecha_____

Por favor proporcionar la siguiente información de contacto para la confirmación:

Direccion_____

Telefono_____Correo Electronico_____

Testigo:

Firma_____Aclaracion de Firma_____

Fecha_____

Enviar el original de este formulario de inscripción y copia de su directiva anticipada de salud mental a:

NJDMHS Registry
50 East State St
PO Box 727
Trenton, NJ 08625-0727

Usted tambien puede presentar otros documentos para ser registrados que afectan a su capacidad legal para consernir, como una directiva de salud de avance de cuidado, poder notarial duradero, los pedidos de guardian temporal o limitado, etc., que el registro aceptara a su discreción.