



**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA  
MARK BRNOVICH**

**Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use esta forma si usted quiere nombrar a una persona, también llamada su “agente”, para que tome decisiones futuras para el cuidado de su salud mental por usted, si usted llega a ser incapaz de poder tomar esas decisiones por sí mismo/a.

La decisión con respecto a si usted es incapaz/incompetente sólo la puede tomar un especialista en neurología o un psiquiatra o psicólogo con licencia de Arizona, quien evaluará si usted puede dar su consentimiento informado. Asegúrese de que usted entienda la importancia de este documento. Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud mental que usted quiere o no quiere.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla. **POR FAVOR TOME NOTA:** Por lo menos un testigo adulto O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

**NO** haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

**El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que:**

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

**Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_

**Selección de mi agente y alterno en la carta poder para el cuidado de mi salud mental:**

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como mi agente en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud mental a mi nombre:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como agente alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud mental a mi nombre si mi primer agente no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**Tratamientos para la salud mental que YO AUTORIZO si no puedo tomar decisiones por mí mismo/a:**

Aquí están los tratamientos para la salud mental que yo autorizo que mi agente autorice por mí si yo no pudiera tomar mis propias decisiones para el cuidado de la salud mental debido a enfermedad física o mental, lesión, discapacidad, o incapacidad. Este nombramiento estará vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por una orden de la corte. Mi agente está autorizado para hacer lo siguiente que yo he marcado o aceptado con mis iniciales:

\_\_\_\_\_: Recibir registros médicos e información con respecto a mi tratamiento para la salud mental y recibir, revisar y consentir la revelación de cualquiera de mis registros médicos relacionados con dicho tratamiento.

\_\_\_\_\_: Consentir la administración de cualquier medicamento recomendado por el médico tratándome.

\_\_\_\_\_: Admitirme como paciente interno o parcial a un programa de hospitalización psiquiátrica.

\_\_\_\_\_: Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tratamientos para el cuidado de la salud mental que yo expresamente NO AUTORIZO si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a: (Explique o escriba "Ninguno")**

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

**Revocabilidad de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental:** Esta carta poder para el cuidado de la salud mental o cualquier porción de la misma no puede ser revocada y cualquier agente designado no puede ser descalificado por mí durante los momentos en los que se encuentre que yo no puedo dar mi consentimiento informado. Sin embargo, en cualquier otro momento, yo retengo el derecho de revocar toda o cualquier porción de esta carta poder para el cuidado de la salud mental o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

**RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE BAJO EL DECRETO HIPAA**

\_\_\_\_\_**(Inicial)** Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a cualquier información regida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocido como HIPAA por sus siglas en inglés), códigos 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

## **VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN LA CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL**

Mi Firma (Principal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.**

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarla en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **FIRMA DEL/LA TESTIGO (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser testigo)**

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma. Yo afirmo que satisfago los requerimientos para ser testigo como se indica en la página uno de la forma de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental.

Firma del/la Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**O**

### **FIRMA DEL/LA NOTARIO/A (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser Notario/a)**

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

**CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental fechada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la Principal

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del/la Notario/a Público/a: \_\_\_\_\_

Mi Comisión Expira en: \_\_\_\_\_