

Certificación de Incapacidad de la Persona para Dar el Consentimiento al Tratamiento y Notificación del Responsable/Apoderado para la Atención Médica

He examinado personalmente a _____, una persona en _____
Nombre de la Persona Nombre de la Institución

He determinado que la persona anteriormente mencionada es incapaz para dar su consentimiento al tratamiento debido a que su juicio está afectado por una enfermedad mental que le impide tener la capacidad para tomar una decisión bien razonada, voluntaria y con conocimiento respecto de su tratamiento médico o de salud mental.

Se presentará ante el tribunal una Petición de Declaración de Incapacidad para Dar el Consentimiento al Tratamiento y Designación de un Representante de Curador dentro del lapso impuesto por la ley. Hasta tanto el representante de curador sea designado por el tribunal, se le solicitará no se le solicitará a un representante/apoderado para la atención médica que tome decisiones sobre el tratamiento en nombre de la persona anteriormente mencionada.

En caso utilizar un representante o apoderado para la atención médica, complete lo siguiente:

- La persona ha firmado una directiva anticipada nombrando a un representante para tomar decisiones de atención médica en su nombre en caso de incapacidad. (Especificar: _____)
- La persona no ha firmado ninguna directiva anticipada ni ha nombrado un representante o el representante anteriormente mencionado en este momento no puede o no está dispuesto a prestar sus servicios, pero se le solicitará a la siguiente persona, en el siguiente orden de prioridad, (especificar: _____) que se desempeñe como apoderado para la atención médica:

- Curador designado judicialmente y autorizado para dar consentimiento al tratamiento médico;
- Cónyuge de la persona;
- Hijo adulto de la persona;
- Padre de la persona;
- Pariente adulto de la persona que ha demostrado cuidado y preocupación especial por la persona; o
- Amigo íntimo de la persona que ha demostrado cuidado y preocupación especial por la persona, quien ha presentado una declaración jurada a la institución frente a la cual desea desempeñarse como apoderado y ha mantenido contacto regular con la persona de manera que está familiarizado con las actividades, la salud y las creencias morales y religiosas de la persona.
- Trabajadores sociales clínicos matriculados seleccionados por el comité de bioética del prestador o a través de acuerdos con el comité de bioética de otro prestador y no empleados por el prestador. La documentación de los esfuerzos para ubicar a los apoderados de los tipos anteriores debe quedar registrada en la historia clínica de la persona.

Firma del Médico

Matrícula Profesional

Nombre del Médico

Fecha del Examen

Hora del Examen a.m. p.m.

CONTINÚA

Notificación de Representante o Apoderado para la Atención Médica (Página 2)

Usted, _____, ha sido designado como Representante o Apoderado para la Atención Médica de _____, una persona que está siendo atendida en la institución _____.

Hasta que el tribunal considere la Petición para la Declaración de Incapacidad para Dar el Consentimiento al Tratamiento y la Designación de un Representante de Curador para la persona anteriormente mencionada, ha sido nombrado como la persona autorizada para tomar las decisiones del tratamiento para la persona. Antes de tomar decisiones sobre el tratamiento en nombre de la persona, usted:

1. Recibirá la misma información que la ley disponga que debe ser provista a un representante de curador; y
2. Se reunirá y conversará con la persona y el médico de la persona en forma personal de ser posible o, de lo contrario, por teléfono.

Como representante o apoderado para la atención médica, tendrá autoridad para dar su consentimiento informado solamente para las decisiones relacionadas con la atención médica de la persona que usted considere que la persona tomaría en estas circunstancias si fuera capaz de hacerlo. Podrá acceder a las historias clínicas adecuadas, solicitar beneficios públicos y autorizar la divulgación de información e historias clínicas a las personas adecuadas a fin de garantizar la continuidad de la atención médica de la persona, y podrá autorizar el traslado de la persona hacia o desde la institución de atención médica. No tiene autoridad para consentir al aborto, la esterilización, la terapia de electroshock, la psicocirugía, tratamientos experimentales, ni podrá hacer que la persona sea admitida en una institución psiquiátrica en forma voluntaria o dar su consentimiento al tratamiento para una persona en condición de paciente voluntario.

Nombre del Administrador o la Persona Designada

Firma del Administrador o la Persona Designada

Fecha

Este formulario será entregado a un representante o apoderado para la atención médica, con una copia para la persona y representante. Se guardará una copia junto con la historia clínica de la persona.