



# Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

*(Declaration for Mental Health Treatment)*

(Updated December 2021)

Atención: El presente es un documento legal que contiene información importante sobre las preferencias o instrucciones en términos de tratamiento de la salud mental de la persona afectada. *(Attention: This is a legal document which contains important information regarding the affected person's preferences or instructions for mental health treatment.)*

## Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental *(Declaration for Mental Health Treatment)*

Yo, \_\_\_\_\_, siendo una persona adulta con pleno goce de mis facultades mentales, efectúo, de forma voluntaria, esta **Declaración** para el tratamiento de mi salud mental. Quiero que esta **Declaración** se siga si el tribunal o dos médicos determinasen que no gozo de las facultades necesarias para tomar mis propias decisiones debido a que mi habilidad para recibir y evaluar información de forma efectiva o para comunicar decisiones se ve menoscabada al grado de carecer yo la facultad para rechazar o autorizar tratamiento para mi salud mental. Por “tratamiento de la salud mental” se entiende el tratamiento de enfermedades mentales con psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período de hasta 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios que se indiquen en esta **Declaración**.

*(I, \_\_\_\_\_, being an adult of sound mind, willfully and voluntarily make this **Declaration** for mental health treatment. I want this **Declaration** to be followed if a court or two physicians determine that I am unable to make decisions for myself because my ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that I lack the capacity to refuse or consent to mental health treatment. “Mental health treatment” means treatment of mental illness with psychoactive medication, admission to and retention in a health care facility for a period up to 17 days, convulsive treatment and outpatient services that are specified in this **Declaration**.)*

## Selección de persona encargada de tomar decisiones *(Choice of Decision Maker)*

Si perdiese la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para el tratamiento de mi salud mental, quiero que tales decisiones sean tomadas por: (COLOQUE SUS INICIALES SÓLO JUNTO A UNA OPCIÓN)  
*(If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, I want these decisions to be made by: (INITIAL ONLY ONE))*

\_\_\_\_\_ El Representante que he designado, de forma congruente con mis deseos o, si mi Representante desconoce mis deseos, de manera que mi Representante considere es lo mejor para mí.

*(My appointed representative consistent with my desires, or, if my desires are unknown by my representative, in what my representative believes to be my best interests.)*

\_\_\_\_\_ Por el proveedor de mi tratamiento de salud mental quien requiere de mi consentimiento para poder tratarme, pero sólo según lo autorizado de forma específica en la presente Declaración.

*(By the mental health treatment provider who requires my consent in order to treat me, but only as specifically authorized in this **Declaration**.)*

## Representante designado (*Appointed Representative*)

Si opto por designar un Representante para que tome decisiones por mí sobre el tratamiento de mi salud mental cuando no me encuentre en condiciones yo de hacerlo, indico a tal persona aquí. Asimismo, puedo designar un Representante suplente. Cada persona que designe debe aceptar la designación para poder fungir como tal. Entiendo que no tengo la obligación de designar un Representante para poder efectuar la **Declaración**.

*(If I have chosen to appoint a representative to make mental health treatment decisions for me when I am incapable, I am naming that person here. I may also name an alternate representative to serve. Each person I appoint must accept my appointment in order to serve. I understand that I am not required to appoint a representative in order to complete this **Declaration**.)*

Mediante el presente designo a: *(I hereby appoint)*

NOMBRE (Name) \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Address) \_\_\_\_\_

TELÉFONO (Telephone) \_\_\_\_\_

para que funja como mi Representante y tome decisiones respecto al tratamiento de mi salud mental si perdiese yo la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para tal tratamiento.

*(to act as my representative to make decisions regarding my mental health treatment if I become incapable of giving or withholding informed consent for that treatment.)*

### **(OPCIONAL) (OPTIONAL)**

Si la persona designada arriba indicada se rehusase a actuar en mi nombre o no pudiese hacerlo, o si yo anulase la autoridad de dicha persona para que funja como mi Representante, autorizo a la persona siguiente para que funja como mi Representante:

*(If the person named above refuses or is unable to act on my behalf, or if I revoke that person's authority to act as my representative, I authorize the following person to act as my representative:)*

NOMBRE (Name) \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Address) \_\_\_\_\_

TELÉFONO (Telephone) \_\_\_\_\_

Mi Representante cuenta con mi autorización para tomar decisiones que sean congruentes con los deseos que he expresado en la presente Declaración o, de no haberlos expresado, en conformidad con lo que mi Representante sepa. Si mis deseos no han sido expresados y mi Representante no está al tanto de ellos, mi Representante actuará según lo que considere es mejor para mí. Asimismo, mi Representante cuenta con mi autorización para recibir información sobre el tratamiento de salud mental que se proponga y para recibir y revisar los expedientes médicos que se relacionen con mi tratamiento, así como para autorizar su divulgación.

*(My representative is authorized to make decisions that are consistent with the wishes I have expressed in this Declaration or, if not expressed, as are otherwise known to my representative. If my desires are not expressed and are not otherwise known by my representative, my representative is to act in what he or she believes to be in my best interests. My representative is also authorized to receive information regarding proposed mental health treatment and to receive, review and consent to disclosure of medical records relating to that treatment.)*

**Indicaciones para el tratamiento de la salud mental (*Directions for Mental Health Treatment*)**

La presente Declaración me permite expresar mis deseos respecto a tratamientos para la salud mental, entre ellos psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período no mayor de 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios.

Si perdiese la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para el tratamiento de mi salud mental, deseo lo siguiente: **AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS DE LA SALUD MENTAL SIGUIENTES:** (Puede incluir diversos tipos y dosis de medicamentos, tratamiento de corto plazo como paciente interno, un proveedor o centro preferido, transporte a un proveedor o centro, terapia electroconvulsiva u otros tratamientos ambulatorios.)

*(This Declaration permits me to state my wishes regarding mental health treatments including psychoactive medications, admission to and retention in a healthcare facility for mental health treatment for a period not to exceed 17 days, convulsive treatment and outpatient services. If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes are: I CONSENT TO THE FOLLOWING MENTAL HEALTH TREATMENTS: (May include types and dosage of medications, short term inpatient treatment, a preferred provider or facility, transport to a provider or facility, convulsive treatment or alternative outpatient treatments.))*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**NO AUTORIZO LOS TRATAMIENTOS DE LA SALUD MENTAL SIGUIENTES:** (Considere incluir las razones, tales como reacciones adversas o alérgicas o diagnósticos incorrectos en el pasado. Tenga presente que podría tratarsele sin su autorización si se le recluye en conformidad con la ley de confinamiento civil.)

***(I DO NOT CONSENT TO THE FOLLOWING MENTAL HEALTH TREATMENT: Consider including your reasons, such as past adverse reaction, allergies or misdiagnosis. Be aware that a person may be treated without consent if the person is held pursuant to civil commitment law.)***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE MIS NECESIDADES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO DE MI SALUD MENTAL:** (Considere incluir su historia clínica tanto física como mental; requisitos dietéticos; consideraciones de índole religiosa; personas a las cuales notificar y otros aspectos importantes.)

*(ADDITIONAL INFORMATION ABOUT MY MENTAL HEALTH TREATMENT NEEDS: (Consider including mental or physical health history, dietary requirements, religious concerns, people to notify and other matters of importance.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**FIRME Y FECHA AQUÍ PARA QUE ESTA DECLARACIÓN SEA VÁLIDA:  
(YOU MUST SIGN AND DATE HERE FOR THIS DECLARATION TO BE EFFECTIVE)**

Firma y fecha: (Signature and date) \_\_\_\_\_

## Declaración solemne de testigos (*Affirmation of Witnesses*)

Declaro solemnemente que la persona que firma esta **Declaración**:

*(I affirm that the person signing this **Declaration**)*

a. Es conocida mía; *(Is personally known to me;)*

b. Firmó o certificó su firma en la presente **Declaración** ante mí;

*(Signed or acknowledged his or her signature on this **Declaration** in my presence;)*

c. Parece gozar de sus facultades mentales plenas y no ser objeto de o influencia indebida;

*(Appears to be sound mind and not under duress, fraud or undue influence;)*

d. No está emparentada conmigo por vínculos de sangre, matrimonio o adopción;

*(Is not related to me by blood, marriage or adoption;)*

e. No es paciente ni residente de un centro del cual soy propietario o administrador ni del cual es propietario o administrador un pariente mío; *(Is not a patient or resident in a facility that I or my relative owns or operates;)*

f. No es paciente mío y no recibe servicios de atención mental de mi persona ni de un pariente mío y

*(Is not my patient and does not receive mental health services from me or my relative; and)*

g. No me ha designado como su Representante en el presente documento.

*(Has not appointed me as a representative in this document.)*

Testigos: *(Witnessed by)*

---

[Firma del testigo (Nombre del testigo en letra imprenta)/Fecha] *([Signature of Witness (Printed name of Witness)/date])*

---

[Firma del testigo (Nombre del testigo en letra imprenta)/Fecha] *([Signature of Witness (Printed name of Witness)/date])*

## Aceptación de su designación como Representante (*Acceptance of Appointment As Representative*)

Acepto esta designación y acepto fungir como Representante para tomar decisiones respecto al tratamiento de la salud mental. Entiendo que debo actuar de forma congruente con los deseos de la persona que represento, según lo expresado en la presente **Declaración** o, de no haberse expresado, en conformidad con lo que yo sepa. Si desconozco los deseos de la persona que represento, tengo la obligación de actuar según lo que considere, de buena fe, sea lo mejor para ella. Entiendo que este documento me otorga la autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de la salud mental únicamente cuando un tribunal o dos médicos determinen que la persona no se encuentra en condiciones de tomar tales decisiones. Entiendo que la persona que me designó puede anular esta **Declaración**, en parte o en su totalidad, comunicando tal anulación al médico a cargo (attending physician) o a otro proveedor cuando la persona goce de sus facultades plenas.

*(I accept this appointment and agree to serve as representative to make mental health treatment decisions. I understand that I must act consistently with the desires of the person I represent, as expressed in this **Declaration** or, if not expressed, as otherwise known by me. If I do not know the desires of the person I represent, I have a duty to act in what I believe in good faith to be that person's best interest. I understand that this document gives me authority to make decisions about mental health treatment only while that person has been determined to be incapable of making those decisions by a court or two physicians. I understand that the person who appointed me may revoke this **Declaration** in whole or in part by communicating the revocation to the attending physician or other provider when the person is not incapable.)*

---

[Firma del Representante (nombre en letra imprenta) y fecha] *([Signature of Representative (Printed name) and date])*

---

[[Firma del Representante suplente (nombre en letra imprenta) y fecha]

*(Signature of Alternate Representative (Printed name) and date)]*

## Aviso para las personas que efectúan una Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

### *(Notice to Person Making A Declaration for Mental Health Treatment)*

El presente es un documento legal importante. Crea una declaración para el tratamiento de la salud mental. Antes de firmarlo, lea los importantes aspectos a continuación:

El presente documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre ciertos tipos de tratamientos para la salud mental: psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período no mayor de 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios. Los servicios ambulatorios son servicios de atención mental prestados, con cita, por profesionales y programas licenciados. Las instrucciones que usted incluya en la declaración se seguirán únicamente si un tribunal o dos médicos consideran que usted carece de sus facultades para tomar decisiones sobre su tratamiento. De otro modo, se considerará que goza de las facultades para dar o para abstenerse de dar su consentimiento para los tratamientos. Sus instrucciones pueden ser invalidadas si se le ha recluido en conformidad con la ley de confinamiento civil.

Asimismo, usted puede designar un Representante para que tome decisiones por usted si perdiese usted la facultad de hacerlo. La persona que usted designe tiene la obligación de actuar de forma congruente con los deseos que usted haya indicado en el presente documento o, de no haberlos indicado, en conformidad con lo que el Representante sepa. Si su Representante desconoce sus deseos, deberá tomar decisiones según lo que considere es mejor para usted. Para que la designación sea válida, la persona que designe debe aceptar la designación por escrito. Por otra parte, la persona tiene el derecho de claudicar a su función como su Representante en cualquier momento. Al "Representante" también se le conoce como "apoderado" (attorney-in-fact) en la ley estatal, pero la persona no tiene que ser abogado.

El presente documento permanecerá vigente por tres años a menos que usted pierda la facultad para participar en decisiones relativas al tratamiento de su salud mental. De ser éste el caso, la directiva seguirá siendo vigente hasta que usted recobre su facultad.

Usted tiene el derecho de anular el presente documento, en su totalidad o en parte, en cualquier momento siempre y cuando no se haya determinado que carece de sus facultades mentales. usted **NO PUEDE ANULAR LA PRESENTE Declaración si UN TRIBUNAL O DOS MÉDICOS** determinan que no goza de sus facultades mentales plenas. La anulación cobra vigencia cuando se comunica al médico a cargo o a otro proveedor.

Si hay algo en este documento que no entienda, pídale a un abogado que se lo explique. La declaración no será válida a menos que haya sido firmada por dos testigos calificados que sean conocidos suyos y que estén presentes al momento de usted firmar o certificar su firma.

*(This is an important legal document. It creates a declaration for mental health treatment. Before signing this document, you should know these important facts:*

*This document allows you to make decisions in advance about certain types of mental health treatment: psychoactive medication, short-term (not to exceed 17 days) admission to a treatment facility, convulsive treatment and outpatient services. Outpatient services are mental health services provided by appointment by licensed professionals and programs. The instructions that you include in this declaration will be followed only if a court or two physicians believe that you are incapable of making treatment decisions. Otherwise, you will be considered capable to give or withhold consent for the treatments. Your instructions may be overridden if you are being held pursuant to civil commitment law.*

*You may also appoint a person as your representative to make treatment decisions for you if you become incapable. The person you appoint has a duty to act consistently with your desires as stated in this document or, if not stated, as otherwise known by the representative. If your representative does not know your desires, he or she must make decisions in your best interests. For the appointment to be effective, the person you appoint must accept the appointment in writing. The person also has the right to withdraw from acting as your representative at any time. A "representative" is also referred to as an "attorney-in-fact" in state law but this person does not need to be an attorney at law.*

*This document will continue in effect for a period of three years unless you become incapable of participating in mental health treatment decisions. If this occurs, the directive will continue in effect until you are no longer incapable.*

*You have the right to revoke this document in whole or in part at any time you have not been determined to be incapable. **YOU MAY NOT REVOKE THIS DECLARATION WHEN YOU ARE CONSIDERED INCAPABLE BY A COURT OR TWO PHYSICIANS.** A revocation is effective when it is communicated to your attending physician or other provider.*

*If there is anything in this document that you do not understand, you should ask a lawyer to explain it to you. This declaration will not be valid unless it is signed by two qualified witnesses who are personally known to you and who are present when you sign or acknowledge your signature.)*

## **Aviso para médicos o proveedores (*Notice to Physician or Provider*)**

Según las leyes de Oregon, la persona puede utilizar esta declaración para autorizar tratamiento de su salud médica o para designar un Representante que tome decisiones relativas al tratamiento de la salud mental cuando la persona no goce de sus facultades para tomar tales decisiones. Se considera que la persona “no goza de sus facultades” cuando, según la opinión de un tribunal o de dos médicos, la habilidad de la persona para recibir y evaluar información de forma efectiva o para comunicar decisiones se ve menoscabada al grado de carecer de la facultad para tomar decisiones para el tratamiento de su salud mental. Este documento cobra vigencia al entregarse al médico o a otro proveedor de la persona y permanece válido hasta que sea anulado o se venza. Al recibir la presente declaración, el médico o proveedor debe añadirla al expediente médico de la persona. Al actuar bajo la autoridad otorgada por la declaración, el médico o proveedor deben ceñirse a ésta en la medida de lo posible. Si el médico o proveedor no están dispuestos a ceñirse a la declaración, el médico o proveedor pueden dejar de proporcionar tratamiento en base a su juicio profesional y deben notificarlo de inmediato a la persona y al Representante de ésta y documentar la notificación en el expediente médico de la persona. El médico o proveedor que proporcione o no proporcione tratamiento para la salud mental en conformidad con la declaración basándose, de buena fe, en la validez de la misma, no están sujetos a procesos penales, responsabilidad civil ni acciones profesionales disciplinarias que resulten de un fallo posterior de la invalidez de la declaración.

*(Under Oregon law, a person may use this declaration to provide consent for mental health treatment or to appoint a representative to make mental health treatment decisions when the person is incapable of making those decisions. A person is “incapable” when, in the opinion of a court or two physicians, the person’s ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that the person currently lacks the capacity to make mental health treatment decisions. This document becomes operative when it is delivered to the person’s physician or other provider and remains valid until revoked or expired. Upon being presented with this declaration, a physician or provider must make it a part of the person’s medical record. When acting under authority of the declaration, a physician or provider must comply with it to the fullest extent possible. If the physician or provider is unwilling to comply with the declaration, the physician or provider may withdraw from providing treatment consistent with professional judgment and must promptly notify the person and the person’s representative and document the notification in the person’s medical record. A physician or provider who administers or does not administer mental health treatment according to and in good faith reliance upon the validity of this declaration is not subject to criminal prosecution, civil liability or professional disciplinary action resulting from a subsequent finding of the declaration’s invalidity.)*

**La presente guía para la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental en Oregon fue desarrollada en conformidad con los Estatutos modificados de Oregon (ORS) 127.700 al 127.736.**

***(This Guide to Oregon’s Declaration for Mental Health Treatment and Form was developed pursuant to Oregon Revised Statutes (ORS) 127.700 through 127.736.)***