

SAN MATEO COUNTY HEALTH SYSTEM
BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES

Adjunto Archivo B: Formulario de Reconocimiento de Instrucciones Previas Para Atención Médica

Antecedentes

Conforme al Artículo 4600 y subsiguientes del Código Testamentario de California y los requisitos federales del Título 42, los clientes mayores de 18 años deben recibir información sobre las Instrucciones Previas para Atención Médica y su derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento médico.

Esta sección debe ser completada por el personal

| | |
|--|---|
| En su primera visita personal o consulta médica, el cliente recibió copia de la Hoja de Información sobre las Instrucciones Previas para Atención Médica. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta fue "No", por favor explique por qué el cliente no recibió la Hoja de Información: | |
| | |
| ¿Ha firmado el cliente sus Instrucciones Previas para Atención Médica? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si el cliente desea firmar las Instrucciones Previas para Atención Médica, por favor proporciónale la Hoja de Información. Si el cliente ya firmó sus Instrucciones Previas para Atención Médica, incluya una copia en la sección 2 (Consentimientos y Notificaciones) de su historia clínica. | |

Esta sección debe ser completada por el cliente o adulto responsable*

| | | |
|---|-------------------------|-------|
| Se me ha consultado si deseo firmar Instrucciones Previas para Atención Médica y se me entregó u ofreció una <u>Hoja de Información sobre las Instrucciones Previas para Atención Médica.</u> | | |
| _____ | | _____ |
| Firma del cliente | | Fecha |
| _____ | _____ | _____ |
| Firma del adulto responsable* | Relación con el cliente | Fecha |
| _____ | | _____ |
| Firma del testigo/intérprete** | | Fecha |

Al cliente y/o adulto responsable se le tradujo verbalmente este formulario a _____.
Si el cliente o adulto responsable firmó una versión traducida del presente formulario, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

El firmante recibió se rehusó a recibir una copia de este Consentimiento.

Fecha: _____ Iniciales del empleado: _____.

* Adulto responsable = Tutor, curador o padre del menor, según corresponda.

** Testigo/Intérprete = Persona que es testigo de la firma del formulario (puede ser un empleado u otra persona) o persona que tradujo verbalmente al cliente este formulario a otro idioma (se debe incluir el idioma al que se tradujo).

| | |
|--|---|
| <small>Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.</small> | Nombre: Programa: Numero Medico: |
|--|---|

SAN MATEO COUNTY HEALTH SYSTEM
BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES

¿Que son las Instrucciones Previas para Atención Médica?

Las Instrucciones Previas para Atención Médica constituyen un documento legal que permite a una persona manifestar por adelantado sus deseos en caso de que en el futuro no pueda tomar decisiones sobre su atención médica.

En California, las Instrucciones Previas tienen dos componentes: (1) designación de una institución para la atención médica e (2) instrucciones individuales para la atención médica.

¿En qué ayuda el documento de Instrucciones Previas para Atención Médica a las personas con discapacidad psiquiátrica?

- Le permite tomar decisiones por adelantado sobre tratamientos en caso de que necesite un tratamiento de salud mental en el futuro. Puede indicarle a su médico, institución, proveedor, centro de tratamiento y juez qué tipos de tratamiento desea o no desea.
- Le permite elegir a un amigo o familiar para que tome las decisiones sobre su atención en caso de que no pueda hacerlo personalmente.
- Puede mejorar sus comunicaciones con su médico.
- Puede reducir la necesidad de hospitalizaciones prolongadas.
- Queda incluido en su historial médico.

¿Quiénes pueden firmar Instrucciones Previas para Atención Médica?

Todas las personas mayores de 18 años que tengan “capacidad” para tomar decisiones sobre su atención médica. “Capacidad” significa que la persona comprenda la naturaleza y consecuencias de la atención médica propuesta, incluyendo sus riesgos y beneficios.

¿Cuándo entran en vigencia las Instrucciones Previas para Atención Médica?

Las Instrucciones Previas para Atención Médica entran en vigencia en el momento en que el médico responsable de la persona decide que el/ella ya no tiene “capacidad” para tomar decisiones sobre su atención médica; es decir, que ya no comprende la naturaleza y consecuencias de la atención médica propuesta. *El hecho de que una persona haya sido hospitalizada en una institución psiquiátrica no significa que no tenga tal “capacidad.”*

¿Durante cuánto tiempo están vigentes las Instrucciones Previas para Atención Médica?

En California, las Instrucciones Previas para Atención Médica tienen un plazo de vigencia indefinido. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento, siempre y cuando tenga “capacidad” para tomar decisiones. Recomendamos revisar las Instrucciones Previas para Atención Médica todos los años para asegurarse de que manifiesten sus deseos en forma correcta.

¿Es obligatorio firmar Instrucciones Previas para Atención Médica?

No. Son solo una forma de hacer conocer los deseos del firmante por escrito, mientras pueda hacerlo, ya que es importante que se tengan en cuenta sus preferencias.

¿Dónde puedo obtener asesoramiento jurídico sobre las Instrucciones Previas para Atención Médica?

- Su abogado
- Línea de Consejos Legales 800-551-5554

¿Dónde puedo obtener formularios de Instrucciones Previas para Atención Médica?

- Su abogado
- Su doctor
- Visite www.calhospital.org/resource/advance-health-care-directive o <https://oag.ca.gov/sites/all/files/agweb/pdfs/consumers/ProbateCodeAdvancedHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>

¿Quiénes deben tener copia de mis Instrucciones Previas para Atención Médica?

- Usted (debe guardarlas en un lugar seguro pero de fácil acceso)
- Su representante (la persona que elija para tomar decisiones médicas cuando usted no pueda hacerlo)
- Cada uno de sus proveedores de servicios médicos
- Cada uno de sus proveedores de servicios de salud mental

Es importante que recuerde quiénes tienen copia de sus Instrucciones Previas para Atención Médica por si decide modificarlas.

Las quejas por incumplimiento de Instrucciones Previas para Atención Médica se pueden presentar en la sección de Licencias y Certificaciones del Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) de California llamando al 1-800-236-9747 o por correo dirigido a P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413.

<http://smchealth.org/bhrs-documents> Policy 04-07

Advanced Health Directive Acknowledgment Form, Attach B, Amend 1-30-17

Adapted by Los Angeles County form MH 635