

Instrucciones anticipadas de salud mental

Mi nombre es _____.

Mi fecha de nacimiento es _____.

Yo, siendo una persona con plena capacidad de decisión, firme de forma voluntaria este documento para que se respeten mis preferencias respecto a mi atención en salud mental, en caso de que en algún momento no pueda expresar mis decisiones. Si alguna parte de este documento fuese inválida, el resto debería seguir en vigor. Asimismo, dejo sin efecto cualquier directiva anterior relacionada con mi atención en salud mental.

1. Fecha de inicio. Esta directiva entrará en vigor (*marque una opción*):

- ☐ Ahora.
- ☐ Únicamente si no puedo tomar decisiones por mí mismo (si estoy incapacitado).
- ☐ Cuando se presenten las siguientes circunstancias, síntomas o comportamientos:

2. Fecha de finalización. Quiero que esta directiva (*marque una*):

- ☐ Permanecerá en vigor hasta que sea revocado.
- ☐ Finalizará automáticamente después de _____ años a partir de la fecha en que fue creado.

Mental Health Advance Directive

My name is _____.

My date of birth is _____.

I am a person with decision-making capacity. I voluntarily sign this directive so my choices about my mental health care will be known when I cannot make decisions for myself. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any mental health care directives I have signed in the past.

1. Start date. This directive is effective (*check one*):

Now.

Only if I can't make decisions for myself (if I'm incapacitated).

When these circumstances, symptoms, or behaviors occur:

2. End date. I want this directive to (*check one*):

Remain in effect until revoked.

Automatically end _____ years from the date it was created.

☐ **Sólo cuando pueda tomar decisiones por mí mismo (cuando tenga pleno uso de mis facultades).** Entiendo que esto significa que no puedo cancelar esta directiva a menos que tenga pleno uso de mis facultades. Significa que puedo recibir los cuidados médicos y los medicamentos que figuran en esta directiva aunque me oponga en ese momento.

☐ **Incluso si no puedo tomar decisiones por mí mismo (si no estoy en pleno uso de mis facultades).** Entiendo que esto significa que puedo cancelar esta directiva en cualquier momento. Esto significa que es posible que no reciba la atención médica y los medicamentos indicados en esta directiva cuando esté incapacitado.

☐ Me han diagnosticado los siguientes trastornos mentales y/o físicos:

Only when I can make decisions for myself (when I have capacity). I understand this means I can't cancel this directive unless I have capacity. It means I may receive the medical care and medication listed in this directive even if I object at the time.

Even if I cannot make decisions for myself (if I'm incapacitated). I understand this means I can cancel this directive at any time. This means I may not get the medical care and medication listed in this directive when I am incapacitated.

I've been diagnosed with the following mental health and/or physical diagnoses:

- ☐ Tengo antecedentes de abuso de drogas o alcohol. Estas son mis preferencias y opciones de tratamiento respecto a la gestión de la medicación relacionada con el consumo de sustancias:

I have a history of drug or alcohol abuse. Here are my preferences and treatment options around medication management related to drug or alcohol abuse:

Mis preferencias e instrucciones

- 5. Proveedores médicos.** Quiero que estos proveedores médicos participen en las decisiones sobre mi salud mental:

My preferences and instructions

- 5. Medical providers.** I want these medical providers to be involved in my mental health care decisions:

- 6. Medicamentos** (*marque todo lo que corresponda*)

- ☐ Tengo alergias o reacciones adversas graves a los siguientes medicamentos:

- ☐ Doy mi consentimiento para el uso de los siguientes medicamentos en el tratamiento de mi salud mental:

- ☐ **No** doy mi consentimiento para el uso de los siguientes medicamentos en el tratamiento de mi salud mental:

- 6. Medications** (*check all that apply*)

I have allergies to or severe side effects from these medications:

I consent to these medications for mental health treatment:

I **do not** consent to these medications for mental health treatment:

- ☐ Tomaré los medicamentos previamente excluidos si los siguientes efectos secundarios pueden eliminarse mediante ajustes en la dosis u otros medios:

I will take the medications excluded above if the following side effects can be eliminated by adjusting the dose or other means:

- ☐ Probaré cualquier otro medicamento para el tratamiento de la salud mental recomendado por *(marque uno)*

I will try any other medications for mental health treatment recommended by *(check one)*

☐ cualquier proveedor médico

any medical provider

☐ solo a estos proveedores médicos:

these medical providers only:

- ☐ **No** quiero probar ningún otro medicamento para el tratamiento de la salud mental.

I **don't** want to try any other medications for mental health treatment.

- ☐ Otras preferencias o instrucciones sobre el medicamento:

Other medication preferences or instructions:

7. Intervenciones alternativas

Deseo que se implementen las siguientes intervenciones antes de considerar la hospitalización psiquiátrica:

7. Alternative interventions

I want these interventions before psychiatric hospitalization is considered:

- ☐ Llamar a alguien o haga que alguien me llame.

Call someone or have someone call me.

Nombre: _____

Name: _____

Teléfono /Texto: _____

Phone/Text: _____

Correo electrónico: _____

Email: _____

- ☐ Pasar la noche con alguien.

Stay overnight with someone.

Nombre: _____

Name: _____

Teléfono /Texto: _____

Phone/Text: _____

Correo electrónico: _____

- ☐ Póngame en contacto con un consejero que haya tenido experiencias similares.
- ☐ Póngame en contacto con un profesional de la salud mental.
- ☐ Acudir a un centro de triaje de crisis o a urgencias.

Ubicación de preferencia (si la hay):

- ☐ Permanecer durante la noche en una cama de alivio en caso de crisis. (temporal)
- ☐ Consultar con un proveedor médico para recibir ayuda con los medicamentos psiquiátricos.
- ☐ Otros:

Email: _____

Connect me with a peer counselor.

Connect me with a mental health care provider.

Go to a crisis triage center or emergency room.

Preferred location (if any):

Stay overnight at a crisis respite (temporary) bed.

See a medical provider for help with psychiatric medications.

Other:

8. Hospitalización psiquiátrica

Si le preocupa negarse a permanecer en un hospital psiquiátrico cuando su proveedor o proveedores médicos se lo recomienden, tiene la opción de dar su consentimiento previo para la hospitalización. Si no otorga su consentimiento, será necesario que alguien obtenga una orden judicial para autorizar su internamiento involuntario en un hospital psiquiátrico.

8. Psychiatric Hospitalization

If you are worried you'll refuse to stay at a psychiatric hospital when your medical provider/s recommend it, you can consent to hospitalization in advance. If you don't consent, someone would have to get a court order for your involuntary commitment to a psychiatric hospital.

¡Importante! Si otorga su consentimiento ahora para un tratamiento de salud mental en un entorno hospitalario mientras se encuentra en buen estado, podrá recibir atención más rápidamente en caso de que su condición empeore.

Important! By consenting to inpatient mental health treatment now, while you are well, you may get treatment sooner if you decompensate.

Marque una (firme si da su consentimiento):

- ☐ **No doy mi** consentimiento para el tratamiento de salud mental en régimen de hospitalización.
- ☐ **Doy mi** consentimiento para el ingreso voluntario en un tratamiento de salud mental en régimen de hospitalización por un período de _____ (hasta 14) días. (marque uno):

Check one (sign if consenting):

I do not consent to inpatient mental health treatment.

I consent to voluntary admission to inpatient mental health treatment for (up to 14) _____ days (check one):

- ☐ Sin límites.
- ☐ Con estos límites (*marque todos los que corresponda*):
 - ☐ Mis proveedores de atención sanitaria determinan que es apropiado.
 - ☐ Mi representante de atención de salud mental (si tengo uno) determina que es apropiado.
 - ☐ Bajo estas circunstancias (especifique los síntomas, comportamientos o situaciones que indiquen la necesidad de hospitalización)


 Mi firma (*ante notario o testigos*)

With no limits.

With these limits (*check all that apply*):

My health care providers decide it is appropriate.

My mental health care agent (if I have one) decides it is appropriate.

Under these circumstances (specify symptoms, behaviors, or circumstances that indicate the need for hospitalization):

 My signature (*in front of a notary or witnesses*)

9. Preferencias e instrucciones del hospital psiquiátrico

- ☐ Si llego a necesitar hospitalización, tengo preferencia por los siguientes hospitales:
- ☐ Si llego a necesitar hospitalización, **no** doy mi consentimiento para ser ingresado en los siguientes hospitales:
- ☐ **Programas o instalaciones alternativas.** Prefiero recibir tratamiento en programas o centros de salud mental alternativos en lugar de hospitales psiquiátricos, siempre que sea posible.
- ☐ Ninguna preferencia

9. Psychiatric hospital preferences and instructions

If I need hospitalization, I prefer these hospitals:

If I need hospitalization, I **do not** consent to be admitted to these hospitals:

Alternative programs or facilities. I prefer to get treatment in mental health programs or facilities that are alternatives to psychiatric hospitals, if possible.

No preference

10. Aislamiento, restricción y medicación de emergencia

Si mi comportamiento requiere reclusión, restricción física y/o el uso urgente de medicamentos, prefiero que se implementen las siguientes intervenciones en el orden que he numerado (*marque '1' para intentar esto primero, '2' para intentar esto segundo, y así sucesivamente*)

___ Aislamiento

___ Aislamiento y restricción física (combinados)

___ Medicamento inyectable

___ Medicamentos en pastillas o en forma líquida

Si se requiere medicación de emergencia, siga mis preferencias en la sección 6 (Medicación) en la medida de lo posible.

Intervenciones. Deseo que se implementen las siguientes intervenciones antes de considerar el uso de aislamiento, restricción o medicación de emergencia (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Conversar conmigo para ayudarme a calmarme de manera individual.
- ☐ Más medicamentos de mi lista de medicamentos preferidos mencionada anteriormente.
- ☐ Un momento de privacidad o un tiempo fuera para calmarme.
- ☐ Desviar mi atención hacia otra cosa.
- ☐ Establecer límites firmes sobre mi comportamiento.
- ☐ Ayudarme a hablar o desahogar mis sentimientos.
- ☐ Reducir la estimulación.
- ☐ Ofrecer la intervención de una persona neutral para resolver el conflicto.
- ☐ Demostración de autoridad o fuerza.

10. Seclusion, restraint, and emergency medications

If my behavior requires seclusion, physical restraint, and/or emergency use of medication, I prefer these interventions in the order I've numbered them (*choose "1" for try this first, "2" for try this second, and so on*):

Seclusion

Seclusion and physical restraint (combined)

Medication by injection

Medication in pill or liquid form

If emergency medication is required, follow my preferences in section 6 (Medication) to the extent possible.

Interventions. I want the interventions below tried before use of seclusion, restraint or emergency medication is considered (*check all that apply*):

"Talk me down" one-on-one

More medication from my list of preferred medications above

Time out/privacy

Shift my attention to something else

Set firm limits on my behavior

Help me to discuss/vent feelings

Decrease stimulation

Offer to have neutral person settle dispute

Show of authority/force

☐ Otros:

Other:

11. Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento médico que implica el envío de una corriente eléctrica a través del cerebro para provocar una breve convulsión o una oleada de actividad eléctrica. Su objetivo es aliviar los síntomas graves de ciertos trastornos mentales, como la depresión severa o el trastorno bipolar, que no han respondido a otros tratamientos.

Puede otorgar su consentimiento previo para la terapia electroconvulsiva (TEC). Si no da su consentimiento, un proveedor médico tendría que obtener una orden judicial que autorice el tratamiento involuntario.

¡Importante! Al consentir a la TEC ahora, mientras está estable, podría recibir tratamiento más rápidamente si su estado de salud empeora o se descompensa.

Marque una (*firme si da su consentimiento*):

- ☐ **No doy mi consentimiento** para la terapia electroconvulsiva.
- ☐ **Doy mi consentimiento** para la terapia electroconvulsiva (*marque una opción*):
- ☐ Sin límites.
- ☐ Con estos límites (*marque todo los que corresponda*):
- ☐ Mis proveedores de atención sanitaria determinarán si es apropiado.
- ☐ Mi representante de atención de salud mental (si cuento con uno) determinará si es apropiado.

11. Electroconvulsive Therapy (ECT)

Electroconvulsive therapy (ECT) is a medical treatment that involves sending an electric current through the brain to induce a brief seizure, or surge of electrical activity. The goal is to relieve severe symptoms of certain mental health conditions, such as severe depression or bipolar disorder that have not responded to other treatments.

You can consent to ECT in advance. If you don't consent, a medical provider would have to get a court order authorizing involuntary treatment.

Important! By consenting to ECT now, while you are well, you may get treatment sooner if you decompensate.

Check one (*sign if consenting*):

I do not consent to electroconvulsive therapy.

I consent to electroconvulsive therapy (*check one*):

With no limits.

With these limits (*check all that apply*):

My health care providers decide it is appropriate.

My mental health care agent (if I have one) decides it is appropriate.

- ☐ Solo en estas condiciones (*especifique los síntomas, comportamientos o circunstancias que indican la necesidad de terapia electroconvulsiva*)



Mi firma (*ante notario o testigos*)

Under these conditions only (*specify symptoms, behaviors, or circumstances that indicate the need for electroconvulsive therapy*):

← My signature (*in front of a notary or witnesses*)

12. Visitantes excluidos

Si he estado hospitalizado, **no** deseo recibir visitas de las siguientes personas:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

12. Excluded visitors

If I've been hospitalized, these people may **not** visit me:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

13. Poder notarial duradero para cuidados de salud mental (opcional)

Importante Un poder general para la atención sanitaria no puede autorizar la hospitalización por problemas de salud mental ni la terapia electroconvulsiva (TEC). Si desea que su apoderado tenga la capacidad de autorizar estas acciones, deberá completar la sección de apoderamiento para cuidados de salud mental que se encuentra a continuación. Es recomendable nombrar a la misma persona como su apoderado para la atención de salud mental y para la atención de salud general, con el fin de evitar confusiones.

13. Durable Power of Attorney for Mental Health Care (optional)

Important! A general power of attorney for health care can't authorize mental health hospitalization or electroconvulsive therapy (ECT). If you want your power of attorney to be able to consent to those things, you must complete the power of attorney for mental health care section below. You should appoint the same person as your agent for mental health care as for general health care to avoid confusion.

- ☐ **No** designo a un apoderado para la atención de **salud mental**
- ☐ Designo un poder notarial para la atención de **la salud mental** de la siguiente manera. Revoco (cancelo) cualquier otro poder notarial para cuidados de salud mental que haya firmado previamente

I am **not** appointing a power of attorney **for mental health care**.

I am appointing a power of attorney **for mental health care** as follows. I revoke (cancel) any other power of attorney for mental health care documents I signed in the past.

a. Representante. Elijo a (*nombre*):

como mi representante con plena autoridad para gestionar mis cuidados de salud mental.

- ☐ **Suplente:** Si el representante nombrado anteriormente no puede o no desea actuar, designo a (*nombre*):

como mi representante con plena autoridad para gestionar mis cuidados de salud mental.

- ☐ **Segundo Suplente.** Si tanto el representante como el suplente nombrados anteriormente no pueden o no desean actuar, designo a (*nombre*):

como mi representante con plena autoridad para gestionar mis cuidados de salud mental..

b. Cónyuge o pareja.

- ☐ No corresponde: No he designado a mi cónyuge o pareja como representante ni como suplente.

- ☐ Uno de los representante o suplentes nombrados anteriormente es mi cónyuge o pareja de hecho. En caso de divorcio o separación legal, (*marque una de las siguientes opciones*):

- ☐ Su autoridad para actuar como mi representante queda revocada.
- ☐ Seguirán teniendo autoridad para actuar como mi representante.

c. Mis derechos. Conservo el derecho a tomar decisiones sobre mi atención de salud mental siempre que tenga la capacidad para hacerlo.

d. Duradero. Mi apoderado podrá utilizar este poder para gestionar mis asuntos incluso si llego a enfermar o sufrir una lesión que me impida tomar decisiones por mí mismo. Mi incapacidad no afectará la validez de este poder.

a. Agent. I choose (*name*):

as my agent with full authority to manage my mental health care.

Alternate. If the agent named above is unable or unwilling to act, I choose (*name*):

as my agent with full authority to manage my mental health care.

2nd Alternate. If both the agent and alternate named above are unable or unwilling to act, I choose (*name*):

as my agent with full authority to manage my mental health care.

b. Spouse or partner.

Does not apply. I didn't name my spouse or partner as an agent or alternate.

One of the agents or alternates named above is my spouse or domestic partner. If we divorce or legally separate (*check one*):

Their authority to act as my agent is revoked.

They will continue to have authority to act as my agent.

c. My Rights. I keep the right to make mental health care decisions for myself if I am capable.

d. Durable. My agent can use this power of attorney to manage my affairs even if I become sick or injured and cannot make decisions for myself. My disability will not affect this power of attorney.

- e. Revocación.** Entiendo que puedo revocar este poder en cualquier momento, notificando por escrito a mi representante sobre dicha revocación.
- f. Poderes.** Mi representante tendrá plenos poderes y autoridad para tomar decisiones relacionadas con mi tratamiento de salud mental en mi nombre. Esta autoridad incluye el derecho a tomar decisiones que sean coherentes con cualquier instrucción y/o limitación establecida en esta directiva. En caso de que mi representante desconozca mis deseos, le autorizo a tomar la decisión que considere más adecuada para mi bienestar.
- g. Nominación de tutor.** Designo a mi representante como mi tutor para que sea considerado por el tribunal en caso de que se requiera un procedimiento de tutela.
- h. Divulgación HIPAA.** Autorizo a mis proveedores de atención sanitaria a compartir con mi representante toda la información protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

- e. Revocation.** I understand that I may revoke this power of attorney at any time by giving written notice of revocation to my agent.
- f. Powers.** My agent shall have full power and authority to make mental health treatment decisions on my behalf. This authority includes the right to make decisions consistent with any instructions and/or limitations in this directive. If my agent does not know my wishes, I authorize my agent to make the decision that my agent determines is in my best interest.
- g. Nomination of Guardian.** I nominate my agent as my guardian for consideration by the court if guardianship proceedings become necessary.
- h. HIPAA Release.** I authorize my healthcare providers to release all information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) to my agent.

14. Otros documentos. He adjuntado a esta directiva los siguientes documentos adicionales:

- ☐ Poder notarial duradero para la atención sanitaria (excluyendo salud mental)
 - ☐ Poder notarial duradero para finanzas
 - ☐ Directiva de asistencia sanitaria ("testamento vital")
 - ☐ Otros (Ejemplos: Plan de crisis, Plan de bienestar y recuperación)
-
-

15. Notificación y asuntos personales: En caso de ser ingresado en un centro de salud mental, solicito que se sigan las instrucciones detalladas en el anexo, en la medida de lo posible. Entiendo que dichas instrucciones no son responsabilidad de mis proveedores médicos.

16. Reconocimiento. Entiendo el propósito y el efecto de esta Directiva Anticipada de Salud Mental. Reconozco que el consentimiento al tratamiento o admisión establecido en esta Directiva constituye mi consentimiento informado. Firmo este documento de manera voluntaria para los fines indicados

►

Mi firma (*ante notario o testigos*)

Fecha: _____

14. Other documents. I have attached the following other documents to this directive:

Durable Power of Attorney for Health Care (not mental health)

Durable Power of Attorney for Finances

Health Care Directive ("Living Will")

Other (Examples: Crisis Plan, Wellness and Recovery Plan):

15. Notifying others and caring for my personal affairs. If I'm admitted to a mental health facility, please follow my instructions on the attachment if possible. I understand the instructions on the attachment are not my medical providers' responsibility.

16. Acknowledgment. I understand the purpose and effect of this Mental Health Advance Directive. I understand consent to treatment or admission in this Mental Health Advance Directive constitutes my informed consent. I am signing of my own free will for the purposes stated in this document.

← My signature (*in front of a notary or witnesses*)

← Date

Notarización (preferible) (Notarization (preferred))

State of Washington (*Estado de Washington*)

County of (*Condado de*) _____

This document was acknowledged before me on (*date*) _____

Firmado o atestiguado ante mí el (fecha)

by (*name*) / *por (nombre)* _____.



Signature of Notary (*Firma de Notario*)

Notary Public for the State of Washington.

(*Notario Público para el Estado de Washington.*)

My commission expires (*Mi comisión vence*)

Declaración de los testigos (solo si no puede encontrar un notario)

Al (*fecha de*) _____,

(*nombre*) _____

firmó esta Directiva Anticipada en mi presencia. Conozco personalmente a esta persona o me ha proporcionado una prueba de identidad. Considero que es capaz de tomar decisiones sobre su atención médica, entiende este documento y lo ha firmado de manera voluntaria. No parece estar actuando bajo presión ni coerción.

No soy:

- Una persona designada para tomar decisiones médicas en su nombre.
- Un proveedor de atención médica o profesional directamente involucrado en su cuidado en el momento en que se realiza la directiva.
- Un propietario, operador, empleado o familiar de un propietario u operador de un centro de atención médica o centro de atención a largo plazo donde sea paciente o residente.

Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary)

On (*date*) _____,

(*name*) _____

signed this Advance Directive in my presence. This person is personally known to me or provided proof of identity. I believe they are able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily. They do not appear to be acting under duress, undue influence, or fraud.

I am **not**:

A person designated to make medical decisions for them

A health care provider or professional directly involved in their care at the time the directive is made

An owner, operator, employee, or relative of an owner or operator of a health care facility or long-term care facility where they are a patient or resident

- Una persona relacionada por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.
- Alguien con quien tenga una relación sentimental (véase RCW 7.105.010).
- Un menor o una persona incapacitada.
- Una persona que se beneficiaría económicamente si se sometiera a un tratamiento de salud mental

A person related by blood, marriage, or adoption to them

In a dating relationship with them (*see RCW 7.105.010*)

A minor or incapacitated person

A person who would benefit financially if they undergo mental health treatment

Testigo 1

► _____
Firma

Nombre con letra de molde

Dirección _____

Teléfono _____

Witness 1

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Testigo 2

► _____
Firma

Nombre con letra de molde

Dirección _____

Teléfono _____

Witness 2

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Anexo a la Directiva Anticipada de Salud Mental: Información de contacto, a quién notificar, asuntos personales

Mental Health Advance Directive Attachment: Contact info, who to notify, personal affairs

Mi información

Mi nombre _____
Mi fecha de nacimiento _____
Mi número de teléfono _____
Mi dirección de correo electrónico _____
Mi dirección de correo postal _____

Mi proveedor médico de atención primaria _____

My information

My name
My date of birth
My phone number
My email address
My mailing address

My primary care medical
provider

Poder notarial

- ☐ Tengo un poder notarial duradero para la atención de la salud mental que autoriza a otra persona (mi “representante”) a tomar decisiones de atención médica en mi nombre en caso de que yo no pueda hacerlo.

Power of attorney

I have a **Durable Power of Attorney for Mental Health Care** that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I’m not able.

Mi representante para la atención médica (si corresponde)

Nombre _____

La relación o parentesco de mi representante conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)

El número de teléfono _____

La dirección de correo electrónico _____

My health care agent (if any)

Name
My agent’s relationship to me
(Examples: friend, partner,
spouse, sister, etc.)

Phone number

Email address

Mi representante alternativo para la atención médica (si corresponde)

Nombre _____

La relación o parentesco de mi representante alternativo conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)

El número de teléfono _____

La dirección de correo electrónico _____

My alternate health care agent (if any)

Name
My alternate agent’s
relationship to me (Examples:
friend, partner, spouse, sister,
etc.)

Phone number

Email address

Mi segundo representante alternativo de atención de salud mental (si lo hubiera)

Nombre _____

My 2nd alternate mental health care agent (if any)

Name

Relación conmigo (amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.).

Número de teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Relationship to me (friend, partner, spouse, sister, etc.)

Phone number

Email address

A quién notificar

En caso de ser ingresado en un centro de salud mental, solicito que se notifique a las siguientes personas lo antes posible:

Nombre: _____

Teléfono /Texto: _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____

Teléfono /Texto: _____

Correo electrónico: _____

Nombre: _____

Teléfono /Texto: _____

Correo electrónico: _____

Who to notify

If I'm admitted to a mental health facility, please notify these people as soon as possible:

Name

Phone/Text

Email

Name

Phone/Text

Email

Name

Phone/Text

Email

Asuntos personales

En caso de ser ingresado en un centro de salud mental, estas son mis instrucciones respecto a mis asuntos personales:

Dependientes: _____

Mascotas: _____

Vehículos: _____

Enseres domésticos: _____

Otro: _____

Personal affairs

If I'm admitted to a mental health facility, these are my instructions about my personal affairs:

Dependents

Pets

Cars

Household

Other