

# FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL

---

Documento elaborado por el grupo de trabajo de Decisiones Anticipadas, formado por el equipo profesional del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y la Federación de Salud Mental Madrid.

Para su elaboración se han tomado como referencia tanto el documento elaborado por el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (al que expresamos nuestro agradecimiento) como el documento propuesto desde la propia Federación de Salud Mental Madrid.

## **FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PAD) EN SALUD MENTAL**

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.

**AUTORIZO** en los términos que se establece en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales:

Primero.- La cesión de datos de carácter personal contenidos en planificación anticipada de decisiones (PAD) a los/las profesionales médicos responsables de su proceso.

Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Yo, **D/D<sup>a</sup>** \_\_\_\_\_, con **DNI** \_\_\_\_\_ con amparo en la Ley 3/2005 de 23 de Mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid, con plena capacidad de obrar, tras una serena y adecuada reflexión, y, actuando libremente, formalizo mediante este documento, mi planificación anticipada de decisiones (PAD), deseando que se sigan las siguientes preferencias e indicaciones en atención a la Salud Mental, tanto en la atención en Urgencias como Ingreso Hospitalario, cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de Salud Mental (SM):

### **1.- SITUACIONES Y CIRCUNSTANCIAS QUE DARÍAN LUGAR A LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO (PAD-SM)**

Aquí tiene que indicar en qué situaciones quiere que se aplique este documento, por ejemplo, si me siento fuera de control, si tengo deseos de hacerme daño o hacer daño a alguien, si me siento confuso/a.

--

### **2.- SÍGNOS DE ALERTA Y SÍNTOMAS**

La persona desde su propio autoconocimiento describe sus signos de alerta para que sea más fácil identificar desde un principio que va a venirle una crisis. (Por ejemplo: me aísló de la gente, tengo ideas extrañas, menos atención en la higiene y cuidado personal, etc.)

Signos de crisis:

### 3.- PERSONAS A LAS QUE AVISAR O NO, SI ESTOY EN EL HOSPITAL

(Ejemplos: Deseo que me visite mi madre, no quiero que se llame a mi hermano/a, etc.)

Deseo que <b>se avise</b> a las siguientes personas:		Deseo que <b>NO</b> se avise a las siguientes personas:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

Deseo que <b>se informe</b> de mi situación a: Personal sanitario de referencia/ familiar/ asociación...		Deseo que <b>NO</b> se informe de mi situación a:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

### 4.- VISITAS Y LLAMADAS

Deseo <b>recibir visitas</b> de:		Deseo <b>NO</b> recibir visitas de:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

Deseo <b>recibir/emitar llamadas</b> de/a:		Deseo <b>NO</b> recibir/emitar llamadas de/a:	
Nombre y Apellidos	Teléfono	Nombre y Apellidos	Motivos

### 5.- ACTUACIONES QUE ME HACEN “SENTIR MAL” O “SENTIR BIEN”

(Por ejemplo: que me dejen el teléfono móvil para llamar durante la hospitalización, es recomendable incluir información del por qué te hace sentir bien o mal, por ejemplo, una experiencia previa).

Me hace <b>sentir bien</b>	Motivos	Me hace <b>sentir mal</b>	Motivos

### 6.- PREFERENCIAS EN LA MEDICACIÓN

Ejemplo: Prefiero recibir la siguiente medicación porque con “x” medicamento tuve muchos efectos secundarios.

Medicación que me <b>sienta bien:</b>	Motivos	Medicación que me <b>sienta mal:</b>	Motivos

## 7.- PREFERENCIAS RELACIONADAS CON ACTUACIONES TERAPÉUTICAS Y USO DE MEDIDAS COERCITIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

### Ejemplos:

SITUACIÓN	QUE ME AYUDA	QUE NO ME AYUDA
Estoy angustiado/a	Terapia en grupo	Que me dejen solo/a
Estoy disociado/a	Que me dejen escuchar música	Que vengan mis familiares
Desconectado/a del medio	Que me den x medicación	Que me contengan
Me siento nervioso/a, enfadado/a	Permiso para salir del centro, que vengan mis amigos	.....

SITUACIÓN	QUE ME AYUDA	QUE NO ME AYUDA

## 8.- PREFERENCIAS RESPECTO A LOS/LAS PROFESIONALES

(Ejemplos: Prefiero ser tratado/a por el/la siguiente profesional, prefiero que sea mujer, que me hablen despacio, nunca de pie).

Preferencias	Motivos

## 9.- HÁBITOS PERSONALES

(Ejemplo: que me dejen dormir 8 horas, sigo “x” dieta)

--

## 10.- OTRAS PREFERENCIAS

(Ejemplo: aquí se designaría otras preferencias que me hagan sentir bien durante la estancia en el hospital, por ejemplo, que me dejen jugar a las cartas, ver la TV, tener un/una acompañante en la habitación o no, que me dejen escuchar música).

Preferencias	Motivos

## 11.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Deseo nombrar para que actúe como mi representante cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones a **D/D<sup>a</sup>** ,  
con **DNI** , **teléfono** y **correo electrónico** .

De acuerdo a lo previsto en los artículos 5 y 18.2 de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, toda la información relativa a mi estado de salud, físico o mental, e historia clínica relativa a mi situación transitoria de toma de decisiones, deberá ser puesta en conocimiento de la persona designada como representante, estando facultado para recabar ésta si no es puesta a su disposición.

La anterior disposición, supone el cumplimiento además de lo dispuesto en el artículo 12.1 del y en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, por lo que el acceso a la información podrá ejercitarse directamente por el/la representante voluntario/a indicado/a en el presente documento.

Asimismo, es importante que se ponga en conocimiento de este documento al/la representante voluntario/a señalado/a en este apartado para, llegado el caso, velar de la mejor manera posible y se respeten mis deseos y preferencias.

El/la representante de la persona firmante asume, en virtud de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos - RGPD), la **obligación de mantener la confidencialidad sobre los datos personales contenidos en el formulario.**

Además, se compromete a no difundir, publicar ni compartir dichos datos sin el consentimiento expreso de la persona titular de los mismos, salvo que exista una obligación legal o judicial que lo exija. Esta obligación de confidencialidad se extiende durante y después de la finalización de cualquier gestión o trámite relacionado con el formulario.

## 12.- OTRAS OBSERVACIONES

--

## 13.- FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN / ACTUALIZACIÓN

Madrid, de                    de                    .

Nombre y apellidos del/la interesado/a y firma	Nombre y apellidos del/la representante y firma (de la puesta a disposición de información)