

# TOMANDO



# MIS PROPIAS DECISIONES

Guía fácil de seguir  
para la elaboración  
de acuerdos para la  
toma de decisiones  
asistida



## **Sobre Disability Rights Texas**

A inicios de 1975, el Congreso creó una red nacional de protección y defensa para ayudar a promover y obtener derechos para las personas con discapacidad. Disability Rights Texas es la entidad establecida por el gobierno federal para la protección y defensa legal de las personas con discapacidad en Texas. Nuestra misión es ayudar a las personas con discapacidad a entender y ejercer sus derechos ante la ley, garantizando su protección completa y equitativa ante la sociedad. Nuestros abogados y promotores llevan a cabo esta misión por medio de la defensa individual, representación legal, labores políticas e iniciativas para la reforma de sistemas.

**[www.DRTx.org](http://www.DRTx.org)**

Línea telefónica estatal para recepción de llamadas nuevas  
9 am – 4 pm, Lunes a Viernes  
(800) 252-9108

**Ingreso en línea (disponible 24/7)**  
[intake.drtx.org](http://intake.drtx.org)

**Línea telefónica por video gratuita a nivel estatal**  
1 (866) 362-2851

**Oficina principal**  
2222 West Braker Lane,  
Austin, TX 78758  
(512) 454-4816 (Voz)  
(512) 323-0902 (Fax)

*La información de esta publicación no sustituye la asesoría de un abogado.*

*El Consejo de Texas para Discapacidades del Desarrollo brindó el apoyo económico para esta publicación por medio de fondos federales habilitados por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo. Los puntos de vista del presente documentos no reflejan necesariamente la posición o política de los organismos de financiamiento.*



**TEXAS COUNCIL *for***  
**DEVELOPMENTAL**  
**DISABILITIES**

# Tomando mis propias decisiones

Guía fácil de seguir  
para la elaboración de  
acuerdos para la toma  
de decisiones asistida

## Lo que se encuentra adentro de esta guía:

■ ¿Qué es la autodeterminación? .....	1
■ ¿Qué es la tutela? .....	2
■ ¿Qué son las alternativas a la tutela? .....	3
■ ¿Qué son apoyos y servicios? .....	4
■ ¿Qué es la toma de decisiones asistida? .....	5
■ ¿Cómo funciona la toma de decisiones asistida? ...	6
■ Hoja de trabajo para la toma de decisiones ...	7
■ ¿Cómo completo un acuerdo para la toma de decisiones asistida? .....	8
◆ Paso 1 .....	8
◆ Paso 2 .....	9
◆ Paso 3 .....	10
◆ Paso 4 .....	11
◆ Paso 5 .....	12
◆ Paso 6 .....	13
◆ Paso 7 .....	14
◆ Paso 8 .....	15
◆ Paso 9 .....	16
◆ Paso 10 .....	17
◆ Paso 11 .....	18
■ Ejemplos de formularios .....	19



# Guía fácil de seguir para la elaboración de acuerdos para la toma de decisiones

## ¿Qué es la autodeterminación?

La autodeterminación es elegir por uno mismo. Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones. Usted toma decisiones todos los días. Escoge cosas como:

- Qué ropa usar
- Dónde trabajar
- Con cuáles amigos o familiares pasar el tiempo
- ¡Y más!

Todas las personas necesitan ayuda para tomar decisiones importantes. Usted tiene derecho elegir por si mismo, aún cuando necesita ayuda. No se le debe despojar de su derecho a elegir sólo porque necesita ayuda.



## ¿Qué es la tutela?

La tutela es cuando un juez decide que una persona con discapacidad no puede tomar sus propias decisiones. El juez escoge un tutor. Un tutor es la persona que toma decisiones por usted.

Bajo la tutela usted podría perder el derecho a:

- Escoger dónde vivir
- Tomar decisiones médicas
- Escoger dónde trabajar
- Manejar
- Votar
- Casarse
- Y más

La tutela completa quiere decir que el tutor es quien toma todas las decisiones. La tutela limitada quiere decir que el tutor solamente toma ciertas decisiones.



## ¿Qué son las alternativas a la tutela?

Las alternativas a la tutela son opciones que le pueden ayudar a tomar decisiones de vida y obtener apoyo sin renunciar a sus derechos. A continuación se enumeran algunas alternativas a la tutela:

- **Toma de decisiones asistida:** es cuando una persona en quien confía le ayuda a tomar decisiones.
- **Poder notarial:** Usted le da a alguien más el permiso para que tome algunas decisiones por usted, pero mantiene su derecho a tomar decisiones sin esta persona. Estas pueden ser médicas, académicas, monetarias u otros tipos de decisiones.
- **Representante del beneficiario:** Si usted recibe SSI u otra clase de seguro social security, alguien administrará y le dará seguimiento a su dinero.
- **Fideicomiso para necesidades especiales:** un fideicomiso es una cuenta en la que usted y otros ahorran dinero para su beneficio, y usted no perderá sus beneficios de Medicaid ni de SSI.
- **Cuenta ABLE:** Esta es una cuenta bancaria especial sobre la cual usted tiene el control. Puede ahorrar dinero en una cuenta ABLE y obtener todos los beneficios de Medicaid y SSI.

*Para más información visite: [www.texasable.org](http://www.texasable.org).*

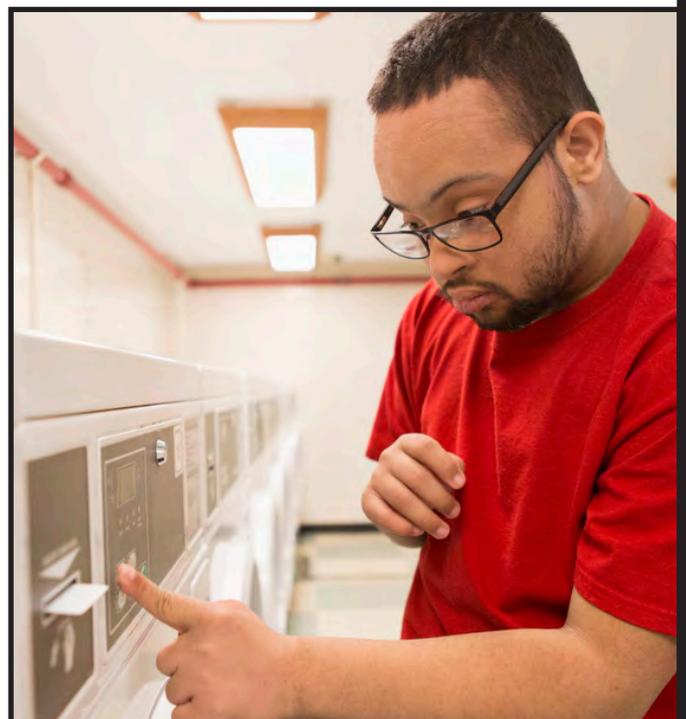
- **Cuenta bancaria conjunta:**

Esta es una cuenta que usted y alguien más comparten. Tanto usted como la otra persona pueden depositar y retirar dinero.

- **Planificación centrada en la**

**persona:** Esto es cuando las personas que usted escoge le ayudan a planificar para el futuro. Estos le ayudan a decidir qué es importante para usted. También preguntan qué le ayuda para mantenerse sano y seguro. Usted puede trazar metas para su vida con personas en las que confía. Estas le ayudan a tomar decisiones sobre lo que usted desea.

Para más información sobre estas opciones llame a "Disability Rights Texas" al 1-800-252-9108 o visite la página [www.DRTx.org](http://www.DRTx.org), llame a "The Arc of Texas" al 1-800-252-9729 o visite la página [www.arcoftexas.org](http://www.arcoftexas.org), o hable con alguien de confianza.



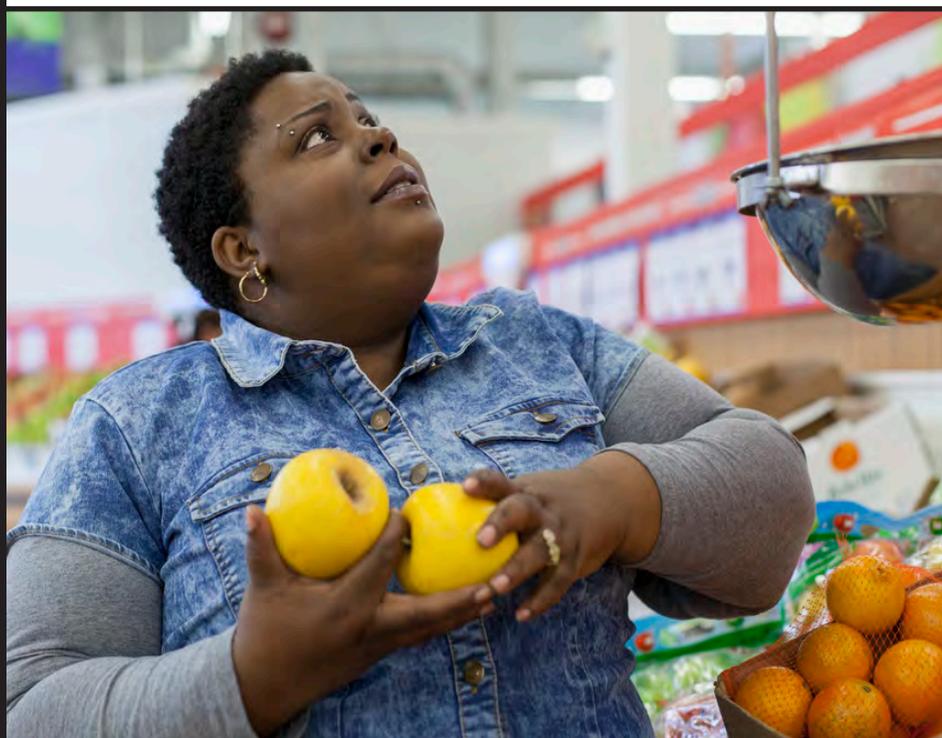
## ¿Qué son apoyos y servicios?

Usted puede obtener apoyos y servicios que le ayuden a tomar decisiones de vida en vez de contar con un tutor. Por ejemplo, un amigo o familiar le puede ayudar a pagar sus cuentas. O un asistente le puede ayudar a vestirse y preparar la comida.

Muchas personas con discapacidad también obtienen ayuda por medio de algo conocido como exención de Medicaid. Las exenciones de Medicaid tienen listas de espera por lo que debe asegurarse de formar parte de una lista de interesados.

Para obtener mayor información sobre las exenciones de Medicaid puede llamar al 1-855-937-2372 o visitar la página [hhs.texas.gov/laws-regulations/policies-rules/waivers](https://hhs.texas.gov/laws-regulations/policies-rules/waivers)

También puede utilizar la toma de decisiones asistida.





## ¿Qué es la toma de decisiones asistida?

La toma de decisiones asistida quiere decir que puede escoger a una persona en quien confía para que le ayude a tomar decisiones de vida. Su ayudante o colaborador puede ser alguien como sus padres o un buen amigo.

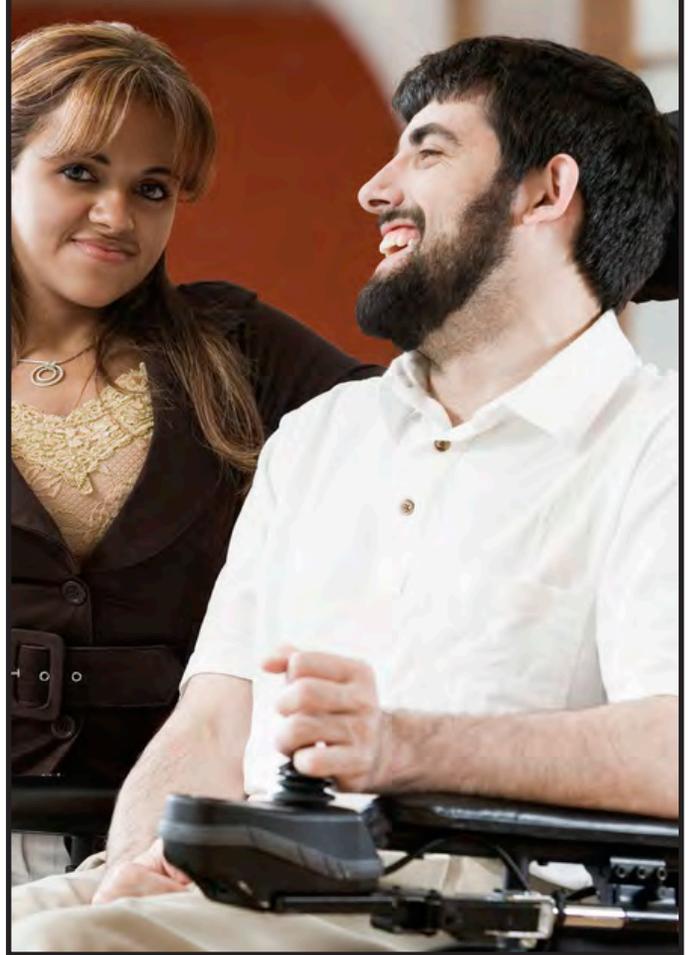
Su ayudante **NO PUEDE** tomar decisiones por usted. Sin embargo, su ayudante **PUEDE**:

- Ayudarle a comprender sus opciones y decisiones
- Ayudarle a obtener y comprender la información necesaria para ayudarle con la toma de decisiones
- Ayudarle a informarle sus decisiones a otras personas
- Con la toma de decisiones asistida, usted toma sus propias decisiones. Esto le permite ser más independiente

## ¿Cómo funciona la toma de decisiones asistida?

Siga los siguientes pasos si desea hacer uso de la toma de decisiones asistida.

- **Escoja personas** en las que confíe para que le ayuden a tomar decisiones.
- **Pídales** que sean sus ayudantes. Usted puede cambiar de opinión siempre que lo desee y decir que no desea que dicha persona le ayude.
- **Piense** sobre las decisiones para las cuáles necesita ayuda. Su ayudante le puede ayudar a escoger asuntos como dónde vivir, dónde trabajar, qué ayuda médica desea y más.
- **Elabore un plan** escrito llamado acuerdo para la toma de decisiones asistida.



Cuando deba tomar una decisión y necesite ayuda, puede pedirle a sus ayudantes que le ayuden. ¡También puede llevar el acuerdo con usted al doctor, a la escuela, cuando busca lugares dónde vivir y más!

Puede utilizar la hoja de trabajo de la siguiente página para ayudarle a pensar sobre las decisiones que toma y quién le puede ayudar a tomarlas. Después de la hoja de trabajo encontrará ayuda paso a paso sobre cómo llenar un acuerdo para la toma de decisiones asistida. Encontrará una copia en blanco de un acuerdo para la toma de decisiones asistida que puede utilizar en la sección de Ejemplos de formularios de esta guía.

# Hoja de trabajo para la toma de decisiones

Decisiones que tomo	¿Necesito ayuda?			¿Quién me puede ayudar?
	Sí	No	A veces	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

## ¿Cómo completo un acuerdo para la toma de decisiones asistida?

Antes de completar un acuerdo para la toma de decisiones asistida necesita lo siguiente:

- Su(s) ayudante(s)
- Una copia en blanco del acuerdo para la toma de decisiones asistida (ver la sección de Ejemplos de formularios de esta guía)
- Dos personas mayores de 14 años (llamados testigos) O un notario público
- Su hoja de trabajo sobre la toma de decisiones si completó una

### PASO 1: ¿QUÉ ES UN ACUERDO PARA LA TOMA DE DECISIONES ASISTIDA?

El primer párrafo del acuerdo explica lo que es la toma de decisiones asistida y que es la ley. Su ayudante le puede ayudar explicándole este párrafo si le resulta confuso.

*"Este acuerdo se rige por la Ley de toma de decisiones asistida, Capítulo 1357 del Código del Estado de Texas. Este acuerdo para la toma de decisiones asistida tiene como fin apoyar y atender a una persona con discapacidad para que tome decisiones de vida incluyendo aquellas en relación a dónde y con quién desea vivir el individuo, los servicios, apoyos y atención médica que la persona desea recibir y dónde esta desea trabajar sin impedir la autodeterminación de la persona con discapacidad. Tanto el individuo con discapacidad como su ayudante pueden revocar este acuerdo en cualquier momento. Si el individuo con discapacidad o su ayudante tienen preguntas sobre el acuerdo, este debería conversar con un abogado antes de firmar este acuerdo para la toma de decisiones asistida".*

## PASO 2: ¿QUIÉN HACE EL ACUERDO?

Este dice "Asignación del ayudante". Esto quiere decir que usted está escogiendo a alguien para que le ayude a tomar decisiones.

Debe escribir su nombre en la línea de texto. Escriba su nombre después de "Yo (Nombre del adulto con discapacidad)".

*Yo (Nombre del adulto con discapacidad), \_\_\_\_\_ celebro este contrato de manera voluntaria.*

Su ayudante escribirá su nombre en las siguientes líneas. El ayudante también coloca su dirección, número telefónico y dirección de correo electrónico.

*Yo escojo a (nombre del ayudante) \_\_\_\_\_ para que sea mi ayudante.*

*Dirección del ayudante: \_\_\_\_\_*

*Número telefónico: \_\_\_\_\_*

*Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_*

### PASO 3: ¿PARA CUÁLES DECISIONES NECESITA AYUDA.

Coloque una X en los cuadros para los tipos de decisiones con las cuales necesita la asistencia de su ayudante. Puede escoger sí o no para cada tipo de decisión. Por ejemplo, si desea que su ayudante le asista con decisiones sobre atención médica, debe marcar "sí" en la segunda línea, antes de "mi salud física". Puede escribir otros tipos de decisiones en la última línea.

*Mi ayudante puede asistirme con decisiones de vida sobre:*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Conseguir comida, ropa y dónde vivir*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Mi salud física*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Mi salud mental*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Manejar mis bienes o dinero*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Acceso a la educación u otras formaciones*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Escoger y mantener mis apoyos y servicios*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Buscar trabajo*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Otro: \_\_\_\_\_*

## PASO 4: ¿QUÉ INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE USTED DESEA COMPARTIR CON OTROS?

Las líneas a continuación son en relación a información privada. La primera le pregunta si su ayudante puede ver sus expedientes médicos privados. La segunda pregunta si su ayudante puede ver sus expedientes académicos privados.

Usted puede marcar sí o no para estas preguntas. La decisión es suya. Si marca "sí", su ayudante utilizará la información privada para ayudarle a tomar decisiones. Si marca "no", usted decidirá qué tipo de información necesita compartir con su ayudante para que este le ayude a tomar decisiones.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Mi ayudante puede ver mi información de salud privada bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Yo proporcionaré una autorización firmada.\**

Sí \_\_\_ No \_\_\_ *Mi ayudante puede ver mi expedientes académicos de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia de 1974 (20 U.S.C. Sección 1232g). Yo proporcionaré una autorización firmada.\**

\* Si desea que su ayudante obtenga sus expedientes por usted, debe firmar el formulario de Autorización para la divulgación de información confidencial que se encuentra en la última sección de esta guía.

## ¿CUÁNDO COMIENZA Y FINALIZA EL ACUERDO?

La siguiente parte dice que el acuerdo comienza cuando usted y su ayudante lo firman. Usted o su ayudante pueden finalizar el acuerdo cuando cualquiera de los dos lo desee. También puede escoger una fecha para dar por finalizado el acuerdo. Escriba en el siguiente espacio si usted desea que el acuerdo termine en una fecha determinada.

*Este acuerdo comienza al ser firmado y continuará hasta el \_\_\_\_\_ (fecha) o hasta que mi Ayudante o yo demos por finalizado el acuerdo o que este termine de conformidad con la ley.*

## PASO 6: USTED FIRMA EL ACUERDO.

Al final de la primera página debe colocar la fecha en que firmó el acuerdo y después escribir y firmar su nombre. Al firmar usted dice que desea que su ayudante le ayude a tomar decisiones.

Se firma el \_\_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_\_ (año)

\_\_\_\_\_  
(Firma del adulto con discapacidad)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del adulto con discapacidad)

## PASO 7: INFORMACIÓN PARA LOS AYUDANTES.

Esta parte indica que su ayudante debe ayudarle de la mejor forma para usted y no para el ayudante ni nadie más.

### *INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA AYUDANTES*

*Cuando usted acepta brindar apoyo a un adulto con discapacidad en conformidad con el presente acuerdo de toma de decisiones asistida, usted tiene el deber de:*

- 1. Actuar de buena fe*
- 2. Actuar leal y desinteresadamente, y*
- 3. Evitar conflictos de interés.*

## PASO 8: SU AYUDANTE FIRMA EL ACUERDO

Su ayudante firma la parte superior de la segunda página donde dice "Yo (Nombre del ayudante)".

### *CONSENTIMIENTO DEL AYUDANTE*

Yo (Nombre del ayudante) \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en actuar como ayudante de conformidad con este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del ayudante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del ayudante)

## PASO 9: LOS TESTIGOS FIRMAN EL ACUERDO

A la mitad de la página 2, dos personas mayores de 14 años firman y escriben sus nombres. A estas personas se les llama testigos. Si usted no cuenta con dos testigos puede pedir a un "notario público" que lo firme. Este también le pone un sello al acuerdo. Puede encontrar un notario público en su banco.

*Este acuerdo se debe firmar frente a dos testigos o un notario público.*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del testigo 1)*

\_\_\_\_\_  
*(Nombre escrito del testigo 1)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del testigo 2)*

\_\_\_\_\_  
*(Nombre escrito del testigo 2)*

*O*

*Notario Público*

*Estado de* \_\_\_\_\_

*Condado de* \_\_\_\_\_

*Este documento se firmó ante mi el* \_\_\_\_\_ *(fecha)*

*Por* \_\_\_\_\_ *y* \_\_\_\_\_

*(Nombre de la persona con discapacidad)*

*(Nombre del ayudante)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del notario)*

\_\_\_\_\_  
*(Nombre escrito del notario)*

*(Sello, si lo hubiera, del notario)*

*Mi cargo expira:* \_\_\_\_\_

## PASO 10: PROTECCIÓN CONTRA DAÑOS.

Esta parte dice que su protector no debe lastimarle ni aprovecharse de usted. Si su ayudante le lastima o se aprovecha de usted, debe llamar a la línea gratuita del Departamento de Protección y Servicios a la familia al 1-800-252-5400 para pedir ayuda.

*ADVERTENCIA: PROTECCIÓN PARA EL ADULTO CON DISCAPACIDAD*

*Si una persona que recibe una copia de este acuerdo o está consciente de la existencia del mismo tiene razones para pensar que el adulto con discapacidad está siendo abusado, no está siendo atendido o está siendo explotado por el ayudante, la persona debe reportar el presunto abuso, negligencia o explotación a la línea gratuita del Departamento de Protección y Servicios para la Familia al 1-800-252-5400 o en línea en [www.txabusehotline.org](http://www.txabusehotline.org).*

## PASO 11: CONFIANZA EN EL ACUERDO.

La última parte le dice a los doctores, maestros, proveedores de salud y demás personas que obtienen el acuerdo que deben aceptarlo. Estos no se verán en problemas por permitir la asistencia de su ayudante. Si tiene problemas con personas que no le permiten utilizar el acuerdo para la toma de decisiones asistida, por favor llame a Disability Rights Texas al 1-800-252-9108 o a The Arc of Texas al 1-800-252-9729.

### *OBLIGACIÓN DE CIERTAS PERSONAS CON RESPECTO AL ACUERDO*

*Una persona que recibe el original o copia de un acuerdo para la toma de decisiones asistida deberá basarse en el acuerdo. Una persona no queda sujeta a responsabilidad penal ni civil, ni se involucra en infracciones profesionales por actos u omisiones si el acto u omisión se hace de buena fe y con base en un acuerdo para la toma de decisiones asistida.*

Con la toma de decisiones asistida, usted toma sus propias decisiones. Usted toma las decisiones con la ayuda de personas en las que confía. Puede utilizar esta herramienta para vivir la vida que desea ■

# Ejemplos de formularios



# ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES ASISTIDA

Este acuerdo se rige por la ley de toma de decisiones asistida, Capítulo 1357 del Código de Bienes de Texas. Los acuerdos para la toma de decisiones asistida tienen como fin apoyar y atender a una persona con discapacidad para que tome decisiones de vida incluyendo aquellas en relación a dónde y con quién desea vivir el individuo, los servicios, apoyos y atención médica que la persona desea recibir y dónde desea trabajar sin impedir la autodeterminación de la persona con discapacidad. Tanto el individuo con discapacidad como su ayudante pueden revocar este acuerdo en cualquier momento. Si la persona con discapacidad o su ayudante tienen preguntas sobre este acuerdo, deben consultar con un abogado antes de firmar este acuerdo de toma de decisiones asistida.

## Asignación del ayudante:

Yo (Nombre del adulto con discapacidad), \_\_\_\_\_ participo en este contrato de manera voluntaria.

Escojo a (Nombre del ayudante) \_\_\_\_\_ para que sea mi Ayudante.

Dirección del ayudante: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Mi ayudante puede asistirme con decisiones de vida sobre:

Sí \_\_\_ No \_\_\_ obtener comida, ropa y un lugar para vivir

Sí \_\_\_ No \_\_\_ mi salud física

Sí \_\_\_ No \_\_\_ mi salud mental

Sí \_\_\_ No \_\_\_ administrar mi dinero o bienes

Sí \_\_\_ No \_\_\_ obtener educación y otros tipos de formación

Sí \_\_\_ No \_\_\_ escoger y mantener mis apoyos y servicios

Sí \_\_\_ No \_\_\_ encontrar un trabajo

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## Mi ayudante no toma decisiones por mí. Para ayudarme a tomar decisiones, mi ayudante puede:

1. Ayudarme a obtener la información que necesito para tomar decisiones médicas, psicológicas, financieras o educativas;
2. Ayudarme a comprender las opciones en una manera que yo pueda tomar la mejor decisión en mi beneficio; o
3. Ayudarme a comunicar mi decisión a las personas adecuadas.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Mi ayudante puede ver mi información médica privada de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Yo proporcionaré una autorización firmada.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Mi ayudante puede ver mis expedientes académicos de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia de 1974 (20 U.S.C. Sección 1232g). Yo proporcionaré una autorización firmada.

Este acuerdo comienza al ser firmado y continuará hasta el \_\_\_\_\_ (fecha) o hasta que mis colaboradores o yo terminemos este acuerdo o el acuerdo termine por ley.

El presente documento se firma el \_\_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_\_ (año)

\_\_\_\_\_  
(Firma del adulto con discapacidad)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del adulto con discapacidad)

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA AYUDANTES

Cuando usted acepta dar ayuda a un adulto con discapacidad en conformidad con el presente acuerdo de toma de decisiones asistida, usted tiene el deber de:

1. Actuar de buena fe
2. Actuar leal y desinteresadamente; y
3. Evitar conflictos de interés.

## Consentimiento del ayudante:

Yo (Nombre del ayudante), \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para actuar como Ayudante de conformidad con este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del ayudante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del ayudante)

**Este acuerdo se debe firmar frente a dos testigos o un notario público.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo 1)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo 2)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del testigo 1)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del testigo 2)

**O**

### Notario Público

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

Este acuerdo se firmó ante mi hoy \_\_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_\_ (año)

Por \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre del adulto con discapacidad)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del ayudante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del notario)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del notario)

(Sello, si lo hubiera, del notario)

Mi cargo expira: \_\_\_\_\_

## **ADVERTENCIA: PROTECCIÓN PARA EL ADULTO CON DISCAPACIDAD**

*Si una persona recibe copia de este acuerdo o está consciente de la existencia del mismo y tiene razones para pensar que el adulto con discapacidad está siendo abusado, pasando por negligencia o explotado, la persona debe reportar el presunto abuso, negligencia o explotación a la línea gratuita del Departamento de Protección y Servicios a la Familia al 1-800-252-5400 o en línea en [www.txabusehotline.org](http://www.txabusehotline.org)*

### **Obligación de ciertas personas con respecto al acuerdo**

*Una persona que recibe el original o copia de un acuerdo para la toma de decisiones asistida deberá basarse en el acuerdo. Una persona no queda sujeta a responsabilidad penal ni civil, ni se involucra en infracciones profesionales por actos u omisiones, si el acto u omisión se hace de buena fe y con base en un acuerdo para la toma de decisiones asistida.*

*Acuerdo de toma de decisiones asistida Formulario 3 de 3*

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE CONFORMIDAD CON UN ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES ASISTIDA

## Nombre del adulto con discapacidad:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## AUTORIZO A LA SIGUIENTE PERSONA, PROVEEDOR O ENTIDAD PARA QUE DIVULGUEN MI INFORMACIÓN, LA CUAL PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Nombre del ayudante que puede recibir la información confidencial

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## RAZÓN DE LA AUTORIZACIÓN

*(Escoger sólo una de las siguientes opciones)*

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/Continuidad de atención médica | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Propósitos legales                         | <input type="checkbox"/> Educación    |
| <input type="checkbox"/> Empleo                                     | <input type="checkbox"/> Otro         |

## ¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?

Complete la siguiente información escogiendo los puntos que desea divulgar. Marque uno de los siguientes:

### 1. INFORMACIÓN DE LA SALUD Y SALUD MENTAL

- Toda la información de salud y salud mental:
- Solamente la siguiente información de salud y salud mental: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es necesario que coloque sus iniciales para divulgar la siguiente información:

- Notas de psicoterapia. \_\_\_\_\_
- Expedientes sobre el abuso de drogas, alcohol o sustancias. \_\_\_\_\_
- Tratamientos/Resultados de VIH/SIDA\_ \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN RELACIONADA AL CASO

- Mis expedientes/archivos completos del caso
- Solamente la la siguiente información relacionada al caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. INFORMACIÓN ACADÉMICA/EDUCACIÓN ESPECIAL

- Todos los expedientes académicos/educación especial
- Solamente los siguientes expedientes académicos/educación especial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. INFORMACIÓN DE EMPLEO

- Todos los expedientes de empleo
- Solamente la siguiente información sobre empleos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. INFORMACIÓN FINANCIERA/DE BIENES

- Toda la información financiera/de bienes
- Solamente la siguiente información financiera/de bienes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. INFORMACIÓN DE VIVIENDA**

Todos los expedientes de vivienda

Solamente la siguiente información de vivienda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. APOYOS Y SERVICIOS**

Todos los expedientes relacionados a cualquier ayuda y servicio que reciba

Solamente la información en relación a las siguientes ayudas y servicios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBJETIVO DE LA AUTORIZACIÓN:** He celebrado un acuerdo para la toma de decisiones asistida con mi ayudante: Solamente autorizo la divulgación de mi información confidencial a mi ayudante para que este me pueda ayudar a obtener una copia de la información confidencial, ayudarme a comprender la información que se contiene en esta información confidencial y ayudarme a comunicar mis decisiones con base en esta información confidencial. Mi ayudante deberá asegurarse de mantener mi información confidencial de forma privilegiada y confidencial y de que esta no quede sujeta al acceso, uso o divulgación no autorizados. Mi ayudante solamente puede divulgar mi información confidencial a cualquier otra persona, proveedor u organización con mi permiso. También mantengo el derecho a obtener mi información confidencial por mi cuenta sin la ayuda de mi ayudante.

**TIEMPO DE VIGENCIA.** Esta autorización es válida hasta mi muerte; el final de mi acuerdo de toma de decisiones asistida; retire mi permiso; o hasta (fecha): Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_.

**DERECHO DE REVOCAR:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento por medio de una notificación por escrito en la que indique mi intención de revocar esta autorización a mi ayudante para divulgar información.

**AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** Estoy de acuerdo en divulgar mi información confidencial a mi ayudante. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. También comprendo que no se me puede negar tratamiento con base en la falta de firmas de este formulario de autorización, y que la negativa a firmar este formulario no debe afectar el pago, inscripción o elegibilidad de beneficios. He leído y concuerdo sobre cómo mi información confidencial puede ser utilizada y compartida con mi ayudante.

\_\_\_\_\_  
(Firma del adulto con discapacidad)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA  
DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**Desarrollada de conformidad con el Código de salud y seguridad de Texas § 181.154(d)**

*Vigente desde el 1ero de octubre de 2015.*

Esta autorización se basa en una autorización estándar para la Divulgación de información de salud protegida adoptada por el Procurador Fiscal de Texas de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(d). Este formulario es

se ha concebido para utilizarse en el cumplimiento de los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Médicos y Estándares de Privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de salud y seguridad de Texas, Capítulo 181). Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario en cumplimiento con la Ley HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables.

Las entidades cubiertas deben obtener un formulario de autorización firmado de parte de la persona o del representante con autorización legal de la persona para que divulgue de forma electrónica, la información de salud protegida de la persona.

La autorización proporcionada por medio de este formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información de salud protegida de la persona a la organización, entidad o persona identificada en este formulario, incluyendo por medios electrónicos.

Definiciones: en el formulario los términos "tratamiento", "operaciones de atención de la salud", "notas de sicoterapia" e "información de salud protegida" son los que se definen en la HIPAA (45 C.F.R. §164.501). "Representante legalmente autorizado" como se utiliza en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar a nombre de otro individuo. (Tex. Código de Texas § 151.002(6); Tex. Código de salud y seguridad §§ 166.164, 241.151; y el Código de Protocolización de Texas § 3(aa)).

Información de salud y mental a divulgar: si se elige divulgar "toda la información de salud y mental", la información de salud y mental incluye pero no se limita a, todos los expedientes y demás información en relación a todo el historial médico de salud y mental, tratamientos, hospitalización, pruebas, atención ambulatoria; además de expedientes académicos que puedan contener información de salud y mental. Como se indica en este formulario, es necesaria la autorización específica para la divulgación de información sobre determinadas condiciones sensibles que incluyen:

- **Notas de sicoterapia.**
- **Expedientes sobre el abuso de drogas, alcohol o sustancias.**
- **Expedientes o pruebas en relación al VIH/SIDA.**

*Nota sobre la divulgación de expedientes médicos: este formulario no es necesario para la divulgación permitida de la información de salud protegida a la persona o a su representante legalmente autorizado. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de salud y seguridad de Texas § 181.102). Al solicitar una copia de los expedientes médicos de una persona con este formulario, las leyes federales y estatales permiten dicho acceso, a menos que un médico o proveedor de salud mental determine dicho acceso es perjudicial para la salud, física, mental o emocional de la persona. (Tex. Código de salud y seguridad de Texas §§ 181.102, 611.0045(b); Código oc. de Texas § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si un médico o profesional de la salud mental determina tal cosa, DRTx aconsejará a la persona sobre cómo puede buscar acceso a estos archivos de conformidad con las leyes federales y estatales.*

Limitaciones de este formulario: este formulario de autorización solamente puede ser utilizado para la divulgación de notas de sicoterapia cuando la persona solicita de manera específica la divulgación de notas de sicoterapia. El uso de este formulario no exonera a ninguna entidad de cumplir con las leyes federales y estatales aplicables, así como los reglamentos en cuanto al acceso, uso o divulgación de la información de salud u otra información personal de carácter sensible. 42 C.F.R. Parte 2, restricción del uso de información con respecto al abuso de drogas/alcohol y su tratamiento, y no autoriza a ninguna entidad ni a sus empleado, funcionarios o cesionarios a ninguna limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación al acceso, uso o divulgación de información sobre salud obtenida por medio del uso del formulario.

Cargos: algunas de las entidades cubiertas pueden cobrar una tarifa por la recuperación/procesamiento y por copias de los expedientes médicos.

**(Tex. Código de salud y seguridad de Texas § 241.154).**

Derecho a recibir copia: la persona y/o el representante legalmente autorizado de la persona tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

# Lo que se encuentra adentro

## Información sobre:

- Autodeterminación
- Tutela
- Alternativas a la tutela
- Apoyos y servicios
- Toma de decisiones asistida
- Hoja de trabajo para la toma asistida de decisiones
- Ejemplos de formularios



**DisabilityRights**  
TEXAS

**www.DRTx.org**  
Edición Agosto 2017