



## Estado de Wisconsin Departamento de Servicios de Salud

A quien pueda interesar:

Se adjunta el formulario de Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo que solicitó. El Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo permite que los individuos elijan a otras personas de confianza (denominados asesores) para ayudarlos a recopilar y comprender información, comparar opciones y comunicar sus decisiones a los demás. Los Acuerdos de Toma de Decisiones con Apoyo NO limitan los derechos de los individuos a tomar decisiones; la persona toma todas sus propias decisiones.

La toma de decisiones con apoyo es una manera de que las personas con discapacidades reciban ayuda de familiares, amigos y profesionales de su confianza con el fin de comprender las situaciones y elecciones que enfrentan y así tomar sus propias decisiones. La toma de decisiones con apoyo permite que las personas con discapacidad pidan apoyo dónde y cuándo lo necesiten. La toma de decisiones con apoyo no es una forma de tutela ni un poder notarial.

Cuando se celebra un Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo, aquellos que brindan ayuda para tomar las decisiones se llaman asesores. Los Acuerdos de Toma de Decisiones con Apoyo NO le quitan ningún derecho a la persona que solicita el apoyo. Los asesores aceptan ofrecer ayuda para explicar información, responder preguntas, evaluar opciones y comunicar a los demás las decisiones que se toman. Los asesores NO toman las decisiones.

El formulario incluye una lista de decisiones a tomar con respecto a las cuales la persona con discapacidad necesita asistencia, e identifica a los asesores de su confianza para ayudarlo con esas decisiones. Lea las cuatro páginas del formulario con cuidado y comprenda la información antes de completarlo y firmarlo. El acuerdo debe firmarse en presencia de dos testigos que tengan por lo menos 18 años de edad O por un notario público.

Hay más información disponible para ayudarlo a llenar este formulario. El Consejo para las Personas con Discapacidades de Desarrollo tiene información adicional sobre la toma de decisiones con apoyo que está disponible en este sitio web:

<http://wi-bpdd.org/index.php/SupportedDecision-Making/>

## ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES CON APOYO

### Designación del asesor

---

Yo, \_\_\_\_\_, hago este acuerdo  
(escriba el nombre de la persona que designa al asesor)  
voluntariamente y por mi libre elección. Acepto y designo a

\_\_\_\_\_  
Nombre del asesor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Dirección del asesor

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del asesor

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono del asesor

---

como mi asesor. Para las siguientes decisiones de la vida diaria, si marqué "Sí", mi asesor puede ayudarme con ese tipo de decisión, pero si marqué "No", es posible que mi asesor no pueda ayudarme con ese tipo de decisión:

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Obtener alimentos, ropa y cobijo.   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Ocuparme de mis necesidades físicas.  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Manejar mis asuntos financieros.  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Ocuparme de mi salud mental.  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hacer solicitudes de beneficios públicos.   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Asistencia para encontrar servicios de rehabilitación vocacional y otros apoyos vocacionales. |

Las siguientes son **otras decisiones** que identifiqué especialmente para las que me gustaría tener ayuda:

Si no marqué ni “Sí” ni “No” ni identifiqué ni enumeré específicamente una decisión de las que aparecen arriba, es posible que mi asesor no pueda ayudarme con ese tipo de decisión.

Mi asesor **no tiene permiso de tomar decisiones** por mí. Si marqué “Sí”, mi asesor puede ejercer cualquiera de las siguientes acciones para ayudarme con mis decisiones:

1. Ayudarme a tener acceso, recopilar u obtener información pertinente para una decisión, incluidos los registros. Si marqué “Sí”, mi asesor puede ayudarme a tener acceso, recopilar u obtener el tipo de información especificada, incluidos los registros relevantes, pero si marqué “No”, o si no marqué ni “Sí” ni “No”, es posible que mi asesor no pueda ayudarme a tener acceso, recopilar u obtener ese tipo de información:

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Médica  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Psicológica   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Financiera  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Educativa   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | De tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otra. Si la respuesta es “sí”, especifique el tipo(s) de información con la que puede ayudarlo el asesor. |

2. Ayudarme a comprender mis opciones para que yo pueda tomar una decisión informada.

Sí    No

3. Ayudarme a comunicar mi decisión a las personas adecuadas.

Sí    No

4. Ayudarme a tener acceso a registros personales adecuados, incluida información de salud protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia y otros registros que puedan requerir autorización o no para decisiones específicas que yo quiera tomar.

Sí    No

## **Fecha de entrada en vigencia del Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo**

---

Este Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo entra en vigencia inmediatamente y continuará hasta \_\_\_\_\_, o hasta que el acuerdo sea terminado por mi asesor o por mí o por virtud de la ley.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que designa al asesor

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la firma**

### **Consentimiento del Asesor**

---

Conozco a \_\_\_\_\_ personalmente o recibí prueba de su  
(nombre de la persona que designa al asesor)

identidad y creo que es mayor de 18 años de edad, y celebro este acuerdo deliberada y voluntariamente. Soy mayor de 18 años de edad.

Yo, \_\_\_\_\_, acepto actuar como asesor según este acuerdo.  
(nombre del asesor)

\_\_\_\_\_  
Nombre del asesor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Dirección del asesor

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del asesor (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono del asesor

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

### **Declaración y firma del testigo o firma del notario**

---

Este acuerdo debe firmarse en presencia de dos testigos que tengan por lo menos 18 años de edad **O** por un notario público.

### **OPCIÓN 1: TESTIGOS**

Conozco personalmente a \_\_\_\_\_ o

(nombre de la persona que designa al asesor)

recibí prueba de su identidad y creo que es mayor de 18 años de edad, y celebro este acuerdo deliberada y voluntariamente. Soy mayor de 18 años de edad.

Testigo No. 1:

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Testigo No. 2:

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

## OPCIÓN 2: NOTARIO PÚBLICO

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

Este documento se firmó ante mí el

Fecha: \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
(nombre del adulto con discapacidad funcional)

Y \_\_\_\_\_.  
(nombre del asesor)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** del Notario

(Sello, si lo  
hubiere)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Notario (mecanografiado o en letra de

imprensa)

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