Notificación de
Declaración sobre
Exención de Servicios de Salud Mental

Para: Director(a) de la Residencia _____

De: Los hijos de _____

Esta carta es una notificación de que, sin nuestro consentimiento expreso por escrito, nuestro(a)/ mi padre/madre no puede someterse a ninguna forma de servicios de salud mental, psicológicos o a acciones o pruebas de clasificación o asesoramiento.

Yo/Nosotros formalmente eximo (eximimos) a mi/nuestro padre/madre, D/Dña._____
con DNI _____ de todos los programas y acciones de tratamiento o clasificación mental, ya sea por parte de la Residencia, Centro Médico, Hospital o de ningún médico de que se sirva la Residencia. Los asuntos que maneje el personal de la Residencia y que se relacionen con la supuesta salud mental de nuestro/mi padre/madre, deben someterse a mi/nuestra consideración y evaluación.

El personal de la Residencia no debe encargarse de obtener diagnósticos **ni de proporcionar tratamiento relacionado con la salud mental**, el análisis, la recomendación a profesionales ni la clasificación de ninguna naturaleza en el área de salud mental.

La evaluación y pruebas sólo deben centrarse en temas de bienestar físico.

Esto no es una queja en contra de la Residencia. Más bien es ejercer los derechos como familiares, que se han hecho necesarios por eventos a nivel global en que se ha dañado a las personas y a sus derechos, su seguridad y su salud por las evaluaciones y diagnósticos de salud mental que se basan en pruebas subjetivas que no se fundamentan en la ciencia. Le agradezco por adelantado su cooperación en este asunto. Para nuestra protección mutua y para asegurar que no haya malentendidos, hay una copia de esta carta archivada con mi abogado, y/o con organizaciones apropiadas de derechos civiles y humanos. Este aviso se aplica hasta y a menos que sea revocado por escrito por nosotros/mí, y debe seguir a nuestro/mi padre/madre a través de todos sus historiales médicos progresivos tanto en papel como informatizados para que así conste la voluntad de su familia y en todo momento se pueda y deba de conocer por cualquier personal de salud, o de asistencia que entre a su cuidado.

_____	_____	_____
DNI -	Nombre y Apellidos	Firma
_____	_____	_____
DNI -	Nombre y Apellidos	Firma

En _____ a _____ de_____ de 20_____

Con Copia al: Abogado.- Sra. /Sr.:
Registro de la Residencia.
Historial Médico del Paciente del Centro de Salud del Paciente.