

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS DE LA PERSONA QUE EXPRESA SU VOLUNTAD ANTICIPADAMENTE

Yo, _____, mayor de edad,
con el C.C. n.º _____, con domicilio en _____,
calle _____ n.º _____, piso _____ y código
postal _____, con el n.º de teléfono móvil _____ y de fijo _____;

con la capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente, que me ha permitido reflexionar, **expreso** los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria, cuando me encuentre en una situación en la que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

A. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES

I. Criterios que deseo que se tengan en cuenta

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con unos criterios que, entre otros, son los siguientes:

La posibilidad de comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas.

El hecho de no sufrir dolor importante, ya sea físico o psíquico.

La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.

El hecho de no prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.

El hecho de permanecer en mi domicilio habitual en los últimos días de mi vida y morir en el mismo.

En la interpretación de este documento quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante referente a cualquier decisión sobre mí.

En el caso de que el profesional sanitario que me atienda no pueda asumir una actuación acorde a mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales sanitarios que puedan hacerlo.

Otros: _____

II. Situaciones sanitarias previstas

Quiero que se respeten de manera genérica los criterios citados en el apartado anterior y, sobre todo, en el caso de encontrarme en situaciones médicas como las que se especifican a continuación:

Enfermedad irreversible que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.

Estado vegetativo crónico.

Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.

Estado avanzado de demencia.

Otros: _____

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias

Por todo lo señalado anteriormente, de conformidad con los criterios y las situaciones sanitarias especificadas, solicito que se respeten las decisiones siguientes:

No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, mediante técnicas de soporte vital –ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial– y retirarlas si ya se me han comenzado a aplicar y solo sirven para mantener una supervivencia biológica sin sentido.

No recibir tratamientos de soporte ni terapias poco contrastadas que no hayan demostrado efectividad o que ya sean fútiles.

Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico.

Que, sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte en paz.

Si estuviera embarazada y sucediera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que esto no afecte negativamente al feto.

Que mis familiares y las personas más cercanas puedan acompañarme.

No ser trasladado del lugar donde resido en el último tramo de mi vida.

Recibir asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.

Otros: _____

IV. Otras instrucciones sobre mi cuerpo

Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para:

Trasplantes

Investigación científica

Docencia

Otras instrucciones relativas a mi cuerpo: _____

Se debe tener presente que, posiblemente, la autoridad y la potestad respecto a algunas de estas instrucciones no pertenece a los médicos, sino a otras figuras profesionales a quien se deberá acudir para asegurar su cumplimiento.

Lugar y fecha

Firma de quien expresa su voluntad

B. DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Es conveniente que los representantes sean personas con quienes tenga una vinculación afectiva, de amistad o de parentesco, que conozcan sus valores y defiendan sus intereses en las decisiones. En este sentido, debe valorar la conveniencia que el representante no sea ningún testigo ni ninguno de los profesionales que después tenga que ejecutar la decisión tomada.

Yo, _____, mayor de edad, con el NIF/NIE n.º _____, con domicilio en _____, calle _____ n.º _____, piso _____ y código postal _____, con el n.º de teléfono móvil _____ y de fijo _____;

con la capacidad para tomar una decisión de manera libre y de conformidad con el artículo 8 de la Res 2665, **designo**, como mi representante, para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad, la siguiente persona:

Nombre y apellidos

c.c.

Dirección

Teléfono

Fecha

Firma de la persona representante

Y **designo**, como persona representante alternativa (*opcional*)

Nombre y apellidos

c.c.

Dirección

Teléfono

Fecha

Firma de la persona representante alternativa

En consecuencia, **autorizo** a mi representante para que tome las decisiones respecto a mi salud en el caso que yo no pueda por mi mismo, para que tenga la información necesaria para hacerlo, para que la administre como crea oportuno y para que me sustituya en los consentimientos que se deban dar siempre que no se contradigan las voluntades que constan en este documento.

Limitaciones específicas: _____

Lugar y fecha

Firma de quien expresa su voluntad

Anexo 1. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho con plena conciencia, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Testigo

Nombre y apellidos

c.c.

Dirección

Teléfono

Fecha

Firma del testigo