



GOVERN DE LES ILLES BALEARS
Conselleria de Salut i Consum
Direcció General d'Avaluació i Acreditació

MODELO ORIENTATIVO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Antes de rellenar este documento es necesario hacer una lectura detenida de "las consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas" y buscar la ayuda y orientación de un profesional para valorar el alcance de sus decisiones. Respecto a los apartados I, II y III se entenderán como complementarios y sucesivos, ya que sin la especificación de los principios y las situaciones sanitarias a que se hace referencia en los apartados I y II, las instrucciones del apartado III no tienen sentido.

Yo..... mayor de edad, sexo, estado civil, con DNI/NIE/PASAPORTE nº....., Tarjeta sanitaria nº, CIP nº, nacido en..... fecha de nacimiento, de nacionalidad, con domicilio en, calle..... número..... y teléfono....., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con información suficiente que me ha permitido reflexionar, expreso las voluntades anticipadas, que expresan MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo con lo que dispone la Ley 1/2006, de 3 de marzo de Voluntades Anticipadas, que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad:

I. CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA:

(Señale los que se correspondan con su proyecto vital)

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y esta calidad de vida la relaciono con unos supuestos que, a modo de ejemplo, podrían ser 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/a para las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicas irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual los últimos días de mi vida.
- En caso de duda con la interpretación de este documento, deseo que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal.

II. SITUACIONES CLÍNICAS QUE DESEO SE CONSIDEREN EN ESTE DOCUMENTO.

(Señale las que quiera que se tengan en cuenta)

Deseo que se respeten de forma genérica los principios nombrados en el apartado anterior, así como en las situaciones médicas como las que se especifican a continuación, pero incluyendo otras.

- Enfermedad irreversible que ha de conducir inevitablemente en un breve plazo a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado de demencia grave.
- Enfermedad incurable avanzada (enfermedad de curso progresivo, gradual, con diversos grados de afectación a la autonomía y la calidad de vida con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo)
- Enfermedad terminal (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy poca o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la cual existe deterioro físico intenso, debilidad externa, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).

III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

Lo que se ha señalado anteriormente, de acuerdo con los criterios y las situaciones sanitarias específicas, implica tomar decisiones como las siguientes:

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otro medio extraordinario desproporcionado y fútil que tan solo esté dirigido a prolongar mi supervivencia artificialmente, que estas medidas se retiren si ya han comenzado a aplicarse .



GOVERN DE LES ILLES BALEARS
 Conselleria de Salut i Consum
 Direcció General d'Avaluació i Acreditació

- Que me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y dolor físico que me ocasiona mi enfermedad.
- Que sin perjuicio de la decisión que tome, me garanticen la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna .
- Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos si en nada han de mejorar mi recuperación o mitigar mis síntomas.
- Si estuviera embarazada y correspondiera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede suspendido hasta después del parto, siempre que esto no afecte negativamente al feto.
- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el tramo final de mi vida si ellos así lo han manifestado y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

IV. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

(Señale los que desea)

- Deseo donar mis órganos para que sean transplantados a otra persona que lo necesite.
- Deseo donar mis órganos para la investigación.
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo).
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.
- Deseo ser incinerado.
- Deseo ser enterrado.
- Oficios funerarios religiosos
- Católicos.
- Otras religiones.

V. OTRAS INSTRUCCIONES que, dentro de este contexto, no sean contrarias al ordenamiento jurídico ni a la lex artis:

.....

VI. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional).

De acuerdo con los artículos 5 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de Voluntades Anticipadas, designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o con el equipo sanitario que me atenderá en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad, así como si hubiera duda en la interpretación de mi proyecto vital o de mis valores sobre la calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión del mismo. Por esto, designo como tal, al Sr/Sra.:....., con DNI/NIE/PASAPORTE nº....., con domicilio en la calle, nº.....de..... y teléfono.....

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones respecto a mi salud en el caso que yo no puede por mi mismo .

- Siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que consten en este documento.
- Limitaciones específicas:.....

Fecha,

Firma



GOVERN DE LES ILLES BALEARS
Conselleria de Salut i Consum
Direcció General d'Avaluació i Acreditació

En caso de imposibilidad, defunción o renuncia de mi representante interlocutor, señalo como sustituto a:

Representante alternativo o sustituto:

Nombre y Apellido:.....

Dirección:

Teléfono.....

Fecha,

Firma

VII. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS (a rellenar únicamente cuando el documento se otorgue ante testigos).

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

Al mismo tiempo, los abajo firmantes como testigos primero, segundo y tercero, declaran no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero:

Nombre y Apellidos.

DNI/NIE/PASAPORTE.....

Dirección.....

Fecha.....

Firma

Testigo segundo:

Nombre y Apellidos.

DNI/NIE/PASAPORTE.....

Dirección.....

Fecha.....

Firma:

Testigo tercero:

Nombre y Apellidos.....

DNI/NIE/PASAPORTE

Dirección.....

Fecha.....

Firma:



GOVERN DE LES ILLES BALEARS
Conselleria de Salut i Consum
Direcció General d'Avaluació i Acreditació

VIII. ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (OPCIONAL)

Acepto la designación y estoy de acuerdo con ser el representante de en caso que este no pueda expresar sus directrices respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solo tiene sentido en caso que la persona que represente no pueda expresarse por sí misma, estas directrices y en caso que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en parte que a mí me afecte.

Nombre y Apellidos del representante:.....
DNI/NIE/PASAPORTE.....
Firma del representante.....
Fecha.....
DIRECCIÓN
TELEFONO

Nombre y Apellidos del representante:.....
DNI/NIE/PASAPORTE/.....
Firma del representante.....
Fecha.....
DIRECCIÓN
TELEFONO