



MODELO DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Antes de rellenar este documento es necesario buscar ayuda y orientación de un profesional para valorar el alcance de sus decisiones. En cuanto 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 las que se hace referencia en los apartados I,II y III, las instrucciones del apartado III no tienen sentido.

DATOS PERSONALES:

Nombre:

Sexo:

Estado civil:

DNI/NIE/PASAPORTE NÚM.:

Tarjeta sanitaria núm.:

CIP NÚM.:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

Teléfono:

con capacidad de tomar una decisión de manera libre y con información suficiente que me ha permitido reflexionar ,expreso las voluntades anticipadas, que suponen MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo con lo que dispone la Ley 1/2006, del 3 de marzo de Voluntades Anticipadas, que quiero 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:

I. CRITERIOS QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA

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 manera de de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme por cualquier medio 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 en las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por si misma en situaciones clínicas irreversibles.
- Preferencia por permanecer **en mi domicilio habitual/hospital** los últimos días de mi vida.
- En caso de duda en 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/si** deseo ser



informado de mi diagnóstico final.

II. SITUACIONES CLINICAS QUE DESEO SE CONSIDEREN EN ESTE DOCUMENTO

Deseo que se respeten de forma genérica los principios mencionados en el apartado anterior, tanto en las situaciones medicas como en las que se especifican a continuación, pero incluyendo otros.

- Enfermedad irreversible que va a conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronostico fatal.
- Estado de demencia grave.
- Enfermedad incurable avanzada (enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación en la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionara hacia la muerte a medio plazo)
- Enfermedad terminal (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, perdida de la autonomía, con muy poca o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronostico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía (La que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual, y en la cual existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, dificultad de relación e ingesta y pronostico 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 otra medida extraordinaria desproporcionada y fútil que solo este dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, y que estas medidas se retiren, si ya se han empezado a aplicar.
- 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 algo han de mejorar mi recuperación o mitigar mis síntomas.
- Si estuviese embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta



después del parto, siempre que esto no afecte negativamente al feto.

- Deseo que se les facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el tramo final de mi vida, si así ellos lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

IV. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

- Deseo donar mis órganos para que sean trasplantados a otra persona que los necesite.
- Deseo donar mis órganos a la investigación.
- Deseo donar mi cuerpo a la investigación, incluida la autopsia cuando fuera necesaria según criterio facultativo.
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- Deseo donar mis tejidos para su utilización clínica.
- Deseo donar mis tejidos para la investigación.
- 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.

De acuerdo al artículo 5 de la ley 1/2006, del 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, como también si hubiese alguna duda en la interpretación de mi proyecto vital o de mis valores sobre la calidad de vida, y quiero que se tenga en cuenta su opinión. Por esto deseo como tal, a

Con el DNI/NIE/PASAPORTE núm.

con domicilio en la calle

, núm. , de

y

telefono

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



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B ACREDITACIÓ DOCÈNCIA
/ I RECERCA SALUT

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

Fecha

Firma

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

Representante alternativo o sustituto:

Nombre y apellidos:

Dirección:

Teléfono:

Fecha

Firma

VIII. ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de en el caso de que éste 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 a la que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a la que represento no pueda expresar por si misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que a mi me afecta.

Nombre y apellidos del representante:

DNI/NIF/PASAPORTE:

Fecha

Firma del representante