MODELO DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Antes de rellenar este documento es aconsejable buscar ayuda y orientación de un profesional para valorar el alcance de sus decisiones. En cuanto a los apartados 1, 2 y 3 se entenderán como complementarios y sucesivos, ya que sin la especificación de los principios y situaciones sanitarias a las que se hace referencia en los apartados 1 y 2, las instrucciones del apartado 3 no tienen sentido.

DADES PERSONALS					
Nombre y apellidos:					
Sexo:		Estado civil:			
DNI/NIE/pasaporte:		Núm. CIP o tarjeta sanitaria:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:			
Nacionalidad:					
Domicilio:					
CP:		Localidad:		Teléfono:	

Con capacidad de tomar una decisión de forma libre y con información suficiente que me ha permitido reflexionar, expreso las voluntades anticipadas, que suponen MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo con lo dispuesto en 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 la que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

1. 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 relaciono dicha calidad de vida con unos supuestos que, a modo 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.
- ☐ La preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicas irreversibles.

Firma del otorgante:

☐ La preferencia por permanecer los últimos días de mi vida:

- ☐ en mi **domicilio habitual.**
- ☐ en el **hospital.**
- ☐ no tengo **ninguna preferencia**

☐ En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez:

- ☐ **sí** deseo ser informado de mi diagnóstico fatal
- ☐ **no** deseo ser informado de mi diagnóstico fatal.

☐ Otros:

2. SITUACIONES CLÍNICAS QUE DESEO SE CONSIDEREN EN ESTE DOCUMENTO

(Señale las que desea que se tengan en cuenta)

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

☐ Enfermedad irreversible que conducirá inevitablemente en 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 diverso grado de afectación en la autonomía y 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 múltiples síntomas, impacto emocional, perdida 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 esta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, dificultad de relación e ingesta, y pronóstico de vida de días u horas).

☐ Otras:

Firma del otorgante:

3. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIES

(Señale las que desea)

Lo que se ha señalado anteriormente, según los criterios y las situaciones sanitarias específicas, implica tomar decisiones tales como:

- ☐ Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria desproporcionada y fútil que solo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, y que estas medidas se retiren si ya han empezado a aplicarse.
- ☐ 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 mejorarán mi recuperación o mitigarán mis síntomas.
- ☐ Si estuviese embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado 2, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre y cuando esto no afecte negativamente al feto.
- ☐ Deseo que se 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.
- ☐ Otras:

4. INSTRUCCIONES SOBRE EL MEU COS

(Señale las que desea)

- ☐ Deseo donar mis órganos para que sean trasplantados a otra persona que los necesite.
- ☐ Deseo donar mis órganos a la investigación.
- ☐ Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- ☐ Deseo donar mis tejidos para su utilización clínica.
- ☐ Deseo donar mis tejidos para la investigación.
- ☐ Deseo donar mi cuerpo a la investigación, incluida la autopsia de ser necesaria según criterio facultativo.
- ☐ Deseo donar mi cuerpo a la enseñanza universitaria.
- ☐ Deseo ser incinerado/a.
- ☐ Deseo ser enterrado/a.
- ☐ Deseo un oficio funerario religioso.
- ☐ Otros:

Firma del otorgante:

5. OTRAS INSTRUCCIONES que, dentro de este contexto, no sean contrarias al ordenamiento jurídico ni a la buena praxis:

6. DECLARACIÓN DE LOS 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 hayan podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, los abajo firmantes, como testigos primero, segundo y tercero, declaran no tener ningún vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE/pasaporte:

Dirección:

Fecha:

Firma del testigo primero:

Testigo segundo:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE/pasaporte:

Dirección:

Fecha:

Firma del testigo segundo:

Testigo tercero:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE/pasaporte:

Dirección:

Fecha:

Firma del testigo tercero:

Fecha:

Firma del otorgante: