

Documento de voluntades anticipadas

(Hi ha la versió en català a la vostra disposició)

Nombre	Apellidos	DNI / NIF
CP i localitat	Dirección	CIP

El abajo firmante, mayor de edad, con plena capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar.

Expreso las instrucciones 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 o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

1. Criterios que deseo se tengan en cuenta

Considero muy importante la calidad de vida que pueda tener y la relación que los siguientes principios: (Señale los que se correspondan con su interés personal)

- La posibilidad de comunicarme i relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor, ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades de la vida diaria.
- No prolongar la vida por si misma en situaciones clínicas irreversibles.
- La posibilidad de permanecer en mi domicilio actual los últimos días de mi vida.
- En caso de duda en la interpretación de este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.

2. Situaciones sanitarias

Quiero que en las circunstancias generales de mi vida se respeten los principios mencionados en el apartado anterior, y especialmente en situaciones médicas como las que especifico a continuación:

- Enfermedad irreversible que tiene que conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado de demencia grave.
- Enfermedad incurable avanzada o en fase terminal.
- Situación de agonía (la que precede a la muerte, con diagnóstico de vida de días o horas).

3. 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:

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, por ejemplo mediante técnicas de soporte vital (ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial).
- Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el padecimiento psíquico y dolor físico que me ocasiona mi enfermedad.
- Que sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- No recibir tratamientos complementarios ni que se me realicen pruebas o terapias, si éstas no tienen que mejorar mi recuperación o no mitigar mis síntomas.
- Si estuviera 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 que eso no afecte negativamente en el feto.
- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el tramo final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

4. Instrucciones sobre mi cuerpo

- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para transplantes.
- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para investigación.
- Deseo que me incineren.
- Deseo que me entierren.

5. Otras instrucciones (que dentro de este contexto no sean contrarias al ordenamiento jurídico)

Firma de la persona interesada

Lugar y fecha:

6. Representante

Nombre Apellidos DNI / NIF

CP i localidad Dirección Teléfono

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000*, designo como representante mío la persona indicada más arriba, para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad.

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en caso de que yo no pueda por mí mismo, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Firma del representante

Fecha:

Representante alternativo o sustituto

Nombre y apellidos Dirección Teléfono

Firma del representante alternativo

Fecha:

7. Declaración de los testigos

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos 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.

Asimismo, los abajo firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero	Testigo segundo	Testigo tercero
Nombre y apellidos	Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
Dirección	Dirección	Dirección
DNI	DNI	DNI
Firma	Firma	Firma
Fecha:	Fecha:	Fecha:

* Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información que conciernen la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.