

Modelo orientativo del documento de voluntades anticipadas

Antes de rellenar este documento debería realizar una lectura detenida de “las consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas” y buscar la ayuda y orientación de un profesional con el fin de valorar el alcance de sus decisiones. Los apartados I, II, y III deben entenderse 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 y II, las instrucciones del apartado III no tienen sentido.

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm..... y con domicilio en....., calle....., núm....., con 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 y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

I. Criterios que deseo que 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 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 para las actividades propias de la vida diaria.
- ☐ No prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ En caso de duda en la interpretación de este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.

II. Situaciones sanitarias

Quiero que se respeten de forma genérica los principios mencionados en el apartado anterior, también en las situaciones médicas como las que se especifican a continuación, pero también en otras:

- ☐ Enfermedad irreversible que tiene que conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.

- ☐ Estado vegetativo crónico.
- ☐ Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- ☐ Estado de demencia grave.

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado y 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 sufrimiento 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 y terapias no contrastadas, que no demuestren efectividad o son fútiles en el propósito de prolongar mi vida.
- ☐ Si estuviera 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 eso no afecte negativamente al feto.
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ Igualmente, manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para trasplantes, tratamientos, investigación o enseñanza.

IV. Representante

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000, 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 que no pueda expresar mi voluntad,con el DNI núm....., con domicilio en....., calle....., núm....., y teléfono..... En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en

el 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.

☐ Limitaciones específicas.

☐ _____

☐ _____

Fecha

Firma

Representante alternativo o sustituto

Nombre y apellidos

Dirección

Teléfono

Fecha

Firma

V. 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 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

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

Testigo segundo

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

Testigo tercero

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

VI. Aceptación del representante (opcional)

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

Nombre y apellidos del representante

DNI

Firma del representante

Fecha

Nombre y apellidos del representante alternativo

DNI

Firma del representante

Fecha

VII. Revocación

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm....., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, dejo sin efecto este documento.

Lugar y fecha.....,

Firma