

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

Yo, _____, mayor de edad, con DNI / NIE / Pasaporte número _____ con domicilio en _____, calle _____ número ____, piso ____ y código postal _____ y teléfono: _____; con la capacidad de tomar una decisión libre, y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar en profundidad, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria, cuando me encuentre en una situación en la que, por distintas circunstancias derivadas de mi estado físico o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

- **MANIFIESTO:** Que, de acuerdo con la ley 21/2000 del Parlament de Catalunya y la Ley básica 41/2002 del Estado español, firmo este documento de voluntades anticipadas para que cuando me encuentre en una situación en la cual, a consecuencia de mi deterioro físico o mental, no pueda tomar decisiones o expresar mi voluntad, se conozcan los valores y preferencias en los que se basan las instrucciones que expongo y quiero que se tengan en cuenta a la hora de recibir atención sanitaria.

PARTES DEL DOCUMENTO:

PARTE A. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES RESPETO A LA ATENCIÓN SANITARIA

PARTE B. INSTRUCCIONES POR EL TRATAMIENTO DE MI CUERPO UNA VEZ HE MUERTO Y LA DESPEDIDA QUE QUERÍA RECIBIR

PARTE C. DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

ANEXO 1. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

PARTE A. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES RESPETO A LA ATENCIÓN SANITARIA

I. Criterios que deseo que se tengan en cuenta:

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con los siguientes supuestos (**marcar con una cruz los que se adecuen a sus valores**):

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No sufrir dolor físico o psíquico.
- Tener independencia funcional que me permita la autonomía en la vida diaria.
- Cuando la situación sea irreversible, no prolongarme la vida si no se dan los mínimos que resulten de los apartados precedentes.
- Permanecer en mi domicilio, acompañado/da, los últimos días de la vida y, si es posible, morir en él.
- En la interpretación de este documento quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante en lo referente a cualquier decisión sobre mí.
- En caso de que las profesionales sanitarias que me atiendan no puedan asumir una actuación acorde con mi voluntad aquí expresada, solicito recibir la atención de otros profesionales sanitarias que puedan hacerlo.
- Otros: _____

II. Situaciones sanitarias previstas

Es mi voluntad que los valores vitales citados se respeten en las situaciones médicas siguientes:

- Daño cerebral grave e irreversible, de cualquier causa.
- Demencia de cualquier causa (ver instrucciones específicas más adelante).
- Enfermedad degenerativa en fase invalidante
- Vejez avanzada con deterioro importante de mi estado general.
- Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.

- Cualquier situación en la que no haya expectativas de recuperación sin secuelas que, en caso de haberlas, impedirían una vida digna según mi criterio expresado en el apartado anterior.
 - Otros:
-
-

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias:

En base a mis valores vitales y a las situaciones anteriormente señaladas, pido que se respeten las decisiones siguientes:

- No prolongar inútilmente de forma artificial mi vida, mediante técnicas de soporte vital (ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial) y retirarlas si ya se han empezado a aplicar y sólo sirven para mantener una supervivencia biológica sin sentido.
 - No aplicando tratamientos fútiles de ningún tipo: cirugía, diálisis, antibióticos, radioterapia, quimioterapia.
 - Administrando los fármacos necesarios para evitar el posible sufrimiento físico y/o psíquico causados por la enfermedad, por la retirada de tratamientos o por cualquier otro motivo. Los fármacos que se me administren deben ser los indicados y en la dosis adecuada para acabar con el sufrimiento, llegando a la sedación paliativa profunda y continuada.
 - Que, tome la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurar una muerte en paz.
 - En caso de empbarzo, si sucediera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que ello no afecte negativamente al feto.
 - Que mi familia y las personas más cercanas puedan acompañarme
 - No ser trasladado/ada del lugar donde resido en el último tramo de vida.
 - Recibir asistencia espiritua, de acuerdo con mis creencias.
 - Manifiesto mi deseo de donar mis órganos y tejidos.
 - Otras: _____
-
-
-

IV. Otras instrucciones sobre mi cuerpo

- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para:
- Trasplantes
- Investigación científica
- Docencia
- Otras instrucciones relativas a mi cuerpo:

Se tiene que tener presente que, posiblemente, la autoridad y la potestad con respecto a algunas de estas instrucciones no pertenezca a los médicos, sino a otras figuras profesionales a quien se tendrá que acudir para asegurar el cumplimiento.

En caso de que se quiera hacer donación a un servicio de donación de cuerpos, hay que ponerse en contacto con la facultad de medicina más próxima al lugar de residencia para recibir información sobre el significado y las condiciones en que se realizará la donación.

V. Voluntad de eutanasia

Con independencia que, para respetar mi voluntad y mis deseos, se tengan en cuenta los criterios y las instrucciones expresadas anteriormente, quiero que este documento tenga la consideración formal de solicitud para recibir la eutanasia si se cumplen los requisitos establecidos por la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, de los cuales soy conocedor.

En caso de duda, la persona nombrada mi representante será la que interprete mi situación como "sufrimiento insoportable e intolerable", de acuerdo con las consideraciones que hago a continuación. Mi representante es quien considerará el momento oportuno para solicitar que se inicie el procedimiento que establece la Ley para recibir la eutanasia.

En caso de que mi representante no pudiera asumir su función y no existiera un representante sustituto, quiero que el médico responsable de mi atención inicie el procedimiento cuando se den las condiciones requeridas por la Ley.

Con el fin de ayudar a interpretar mejor mi voluntad, expreso que:

Para mí, son causa de **sufrimiento insoportable** e intolerable las situaciones siguientes:

- Una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado y en un contexto de fragilidad progresiva.

Documento de Voluntades Anticipadas

www.somprovisionals.org



- Una enfermedad irreversible, que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Un estado vegetativo crónico.
- Un estado avanzado de demencia.
- Una enfermedad que:
 - Me imposibilite comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas.
 - Me produzca dolor importante, ya sea físico o psíquico.
 - Me imposibilite mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.

- ¿Qué significa autonomía para mí?

- Aspectos que quiero que se tengan en cuenta (por ejemplo, lugar donde quiero que se realice la eutanasia, personas que quiero que me acompañen en aquel momento, etc.):

Lugar y fecha

Firma de quien expresa su voluntad

--	--

PARTE C. DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Conviene que los representantes sean personas con quienes tenga una vinculación afectiva, de amistad o parentesco, que conozcan sus valores y defiendan sus intereses en las decisiones. En este sentido, es necesario valorar la conveniencia de que el representante no sea ninguno de los testigos ni ninguno de los profesionales que después tenga que ejecutar la decisión tomada.

Yo, _____, mayor de edad, con el NIF/NIE núm. _____, con domicilio en _____, calle _____, núm. _____, piso _____ y código postal _____, con el número de teléfono móvil _____ i de teléfono fijo _____, con la capacidad para tomar una decisión de manera libre y de acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, designo 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 qué no pueda expresar mi voluntad, a la persona siguiente:

Nombre y apellidos _____ NIF/NIE _____
Dirección _____ Teléfono _____
Fecha _____ Firma de la persona representante

Y designo persona representante alternativa (opcional) a:

Nombre y apellidos _____ NIF/NIE _____
Dirección _____ Teléfono _____
Fecha _____ Firma de la segunda persona representante:

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, para que tenga la información necesaria para hacerlo, para que la administre como crea oportuno y para que me sustituya en los consentimientos que se tengan que dar siempre que no se contradigan las voluntades que constan en este documento.

Lugar y fecha voluntad	Firma de quien expresa su
---------------------------	---------------------------

Documento de Voluntades Anticipadas

www.somprovisionals.org



DECLARACIÓ DEL/DE LA PROFESSIONAL SANITARI/ÀRIA:

La persona sotasignada, major d'edat i amb plena capacitat de fet, declara que la persona sol·licitant i que signa aquest document de voluntats anticipades, ho ha fet amb plena consciència, sense que hagi pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió. Així mateix, la persona sotasignada avala la voluntat de la persona sol·licitant que signa aquest document de voluntats anticipades i declara que no es troba incursa en cap situació que es pugui qualificar de conflicte d'interès.

Dades personals del/de la professional sanitari/ària:

1.-Nom i cognoms:
Núm. col·legiat/ada o DNI/NIE/Passaport núm.
Professió sanitària
Centre sanitari on es realitza la declaració :
Localitat

La persona sotasignat, declara que l'atorgant d'aquest document de voluntats anticipades es correspon a:
Nom i cognoms
DNI/NIE/Passaport núm. Data

Signatura del/de la professional sanitari/ària