

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

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.

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

I. Criterios que deseo que se tengan en cuenta

La calidad de vida es un aspecto muy importante. Cuando yo ya no pueda decidir, quiero que se tengan en cuenta que para mi son importantes los siguientes criterios:

- Poder comunicarme y relacionarme con otras personas.
- Vivir libre de dolor físico o psíquico intenso y constante.
- No quiero prolongar mi vida si, de manera irreversible, estoy en una situación en que no me puedo comunicar, no me puedo relacionar y viva con un sufrimiento psíquico y físico intenso y constante.
- Estar acompañada de mi gente cercana y de confianza en mi final de vida.
- Permanecer en mi domicilio, o el domicilio de personas cercanas que me cuidan, los últimos días de la vida y, si es posible, morir allí ⁽¹⁾.
- Recibir acompañamiento espiritual
- En caso de que las profesionales sanitarias que me atiendan no puedan o quieran actuar acorde con mi voluntad aquí expresada, solicito recibir la atención de otros profesionales sanitarias que puedan hacerlo.
- Tener la información de todo lo que pasa en relación a mi salud
- _____

¹ ¡Atención! Para ser donante de órganos, la persona ha de morir en el hospital. Atención en no marcar las dos opciones.

II. Situaciones sanitarias previstas

Quiero que se respeten de manera genérica los criterios citados en el apartado anterior y, sobretodo, en caso de encontrarme en situaciones médicas como las que se especifican a continuación:

- Enfermedad irreversible que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de enfermedad de pronóstico fatal.
- Demencia severa (que me impida: comunicarme o reconocer las personas cercanas y/o me mantenga inmovilizado/a)
- _____

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias:

Por todo lo que se ha señalado previamente, pido que se respeten las decisiones siguientes:

- No quiero prolongar mi vida de forma artificial inútilmente. Si ya se me están aplicando técnicas de apoyo vital (ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar...) y solo sirven para mantener una supervivencia biológica sin pronóstico de mejora de mi salud, quiero que se retiren.
- No quiero recibir tratamientos ni terapias poco contrastadas que no hayan demostrado efectividad o que ya sean fútiles.
- Quiero que se me administren los fármacos necesarios para paliar lo máximo posible el malestar y sufrimiento físico y psíquico.
- Si hace falta, quiero la sedación paliativa profunda y continuada.
- Quiero que se garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte en paz.
- En caso de embarazo, 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.
- Solo acepto contención mecánica o farmacológica cuando sea para evitar daños a mi persona o terceras, y siempre con prescripción médica.
- _____

IV. Otras instrucciones sobre mi cuerpo

- Quiero donar mis órganos para trasplantes. ⁽²⁾ ⁽³⁾
- Quiero donar tejidos para trasplantes (córneas, piel, tendones...).
- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mi cuerpo a la ciencia. *(En este caso, hace falta que se ponga en contacto con la facultad de medicina más cercana en su lugar de residencia para recibir información sobre el significado y las condiciones en que se realizará la donación)*
- Otras instrucciones: _____

² ¡Atención! Para ser donante de órganos, la persona ha de morir en el hospital. Cuidado no marcar las dos opciones.

³ Todo el mundo somos posibles donantes de órganos y tejidos para trasplantes. Es nuestro entorno quien toma la decisión en el momento, o nosotros/as en nuestro DVA.

V. Voluntad de eutanasia

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 conecedor.

La persona nombrada 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/a responsable de mi atención inicie el procedimiento cuando se den las condiciones requeridas por la Ley.

Ante la posibilidad que me encuentre en una situación en la que me resulte imposible expresarme, quiero que quede claro que para mi las siguientes situaciones son causa de **sufrimiento insoportable e intolerable** las situaciones siguientes:

- Tener una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado y en un contexto de fragilidad progresiva.
- Tener una enfermedad irreversible, que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Estar en estado vegetativo crónico.
- Estar en estado avanzado de demencia.
- Tener una enfermedad o condición que: (a) me imposibilite comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas; (b) me produzca dolor importante, ya sea físico o psíquico; (c) me imposibilite mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.

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

A continuación, manifiesto mis voluntades en relación al tratamiento de mi cuerpo una vez he muerto, ya la despedida que quiero recibir una vez haya muerto:

I. La funeraria

¿Qué funeraria quiero que se encargue de mi cuerpo y servicios funerarios?

- La funeraria _____
- Me es indiferente
- Ninguna, porque mi voluntad es donar el cuerpo a la ciencia
- _____

II. Forma de pago de los gastos funerarios

- Dispongo de un seguro de decesos. Sí No
 - La empresa: _____
 - Número de póliza: _____
- Formo parte de una cooperativa de consumo, vocalía de entierro o de alguna otra colectividad que tiene como servicio o función pagar colectivamente los gastos funerarios. Indico el nombre de la agrupación y el municipio donde actúa: _____
- Otros comentarios y aclaraciones: _____

III. Opciones de tratamiento de mi cuerpo

- Donación del cuerpo a la ciencia. Institución con quien tengo el contrato:**

(En este caso, hace falta que se ponga en contacto con la facultad de medicina más cercana en su lugar de residencia para recibir información sobre las condiciones en que se realizará la donación)

- Entierro**

- Cementerio o municipio donde quiero el entierro de mi cuerpo: _____
- Tipo de ataúd (*por ley es obligatorio hacer uso de un ataúd homologado*):
 - Ataúd de cartón
 - Ataúd de madera de pino sin barnices
 - Me es indiferente
 - _____
- Quiero el entierro:
 - En el nicho familiar
 - Directamente en la tierra
 - Me es indiferente
 - _____

Incineración

- Tipo de ataúd (*por ley es obligatorio hacer la cremación del cuerpo dentro de un ataúd homologado*):

- Ataúd de cartón
- Ataúd de madera de pino sin barnices
- Me es indiferente
- _____

- Tipo de urna (*no es obligatorio comprar la urna a la funeraria, porque no hace falta homologación. Por tanto, la urna puede ser cualquier recipiente debidamente identificado*):

- Quiero una urna que sea cualquier recipiente aprobado por i entorno
- Me es indiferente
- _____

- Destino de mis cenizas u otras aclaraciones: _____

IV. Tanatopraxia y tanatoestética. Cómo quiero que preparen y presenten mi cuerpo:

V. El velatorio

- Quiero que el velatorio sea:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> Me es indiferente |
| <input type="checkbox"/> En el tanatorio | <input type="checkbox"/> No quiero vela |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

- Algunas consideraciones sobre cómo me gustaría que fuera mi velatorio: _____

VI. Ceremonia de despedida

- Lugar donde quiero que se celebre la ceremonia: _____

- Práctica o espiritualidad que quiero que se practique (laica, religiosa, espiritual siguiendo una tradición concreta): _____

- Presencia del cuerpo o las cenizas en la ceremonia:

- Quiero que mi cuerpo / cenizas estén presentes en la ceremonia.
- No quiero que mi cuerpo / cenizas estén presentes en la ceremonia.
- Me es indiferente

- A continuación, especifico detalles y consideraciones de lo que me gustaría y no me gustaría por mi ceremonia de despedida (los rituales, la música, sobre los asistentes...):

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.

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 que 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 o complementaria:

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

En el caso que yo no pueda por mi mismo/a/e, autorizo a la/s persona/s representantes para que tomen decisiones respecto a mi salud. Autorizo que me sustituyan en los consentimientos que se hayan de dar siempre que no contradigan las voluntades que constan en este documento.

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

PARTE D. DECLARACIÓN DEL / LA PROFESIONAL SANITARIA

La persona que firma, mayor de edad y con plena capacidad, declara que la persona solicitante y que firma este documento de voluntades anticipadas, lo ha hecho con plena conciencia, sin percibir ningún tipo de coacción en su toma de decisión. Así mismo, la persona que firma avala la voluntad de la persona solicitante que firma el DVA y declara que no se encuentra incurso en ninguna situación que se pueda calificar de conflicto de interés.

Dades personals del/de la professional sanitari/ària:

Nombre y apellidos: _____

Núm. colegiado/a o DNI / NIE / Pasaporte: _____

Profesión sanitaria: _____

Centro sanitario donde se realiza la declaración _____

Localidad _____

La persona que firma declara que el/la otorgante de este documento de voluntades anticipadas se corresponde con:

Nombre y apellidos: _____

DNI / NIE / Pasaporte: _____

Fecha _____

Firma del / la profesional sanitaria: