

Documento de Voluntades Anticipadas

Yo, _____,

mayor de edad, con el DNI _____, y con domicilio

en _____ CP _____,

calle _____, nº _____,

con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, **MANIFIESTO:**

Mi aceptación y/o rechazo de los tratamientos y cuidados que describo más adelante en este documento, para que se tengan en cuenta en el momento en que debido a circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, me encuentre en una situación en la que yo no pueda expresar personalmente mi voluntad.

Deseo que el médico responsable de mi tratamiento retire o no comience aquellos que meramente prolonguen mi proceso de morir, si yo padeciera una enfermedad incurable o irreversible avanzada, sin expectativas razonables de recuperación, y además estuviese en:

- a) una situación terminal.
- b) una situación de inconsciencia permanente.
- c) una situación con mínima consciencia en la cual yo de forma permanente no sea capaz de tomar decisiones o expresar mis deseos.

Deseo la asistencia sanitaria necesaria para proporcionar un digno final a mi vida, que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de dolor o sufrimiento, procurando la máxima calidad posible, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.

También comprendo que aun no estando obligado a especificar todos los futuros tratamientos a los que renuncio, quiero mencionar mi renuncia a las siguientes formas de tratamiento:

- No deseo que se me aplique reanimación cardiopulmonar
- No deseo recibir ventilación mecánica (conexión a un respirador)
- No deseo ninguna forma de diálisis
- No deseo alimentación y/o hidratación artificiales por vía endovenosa, sonda nasogástrica u otras vías.
- No deseo recibir quimioterapia, cirugía o transfusiones de sangre, a no ser que su objetivo sea, exclusivamente, mejorar mi calidad de vida.
- No deseo que se me realicen análisis de sangre, u otros exámenes diagnósticos cuyo objetivo no sea exclusivamente mejorar mi calidad de vida.
- No deseo tomar antibióticos cuando aparezca una infección, si el objetivo es, exclusivamente, prolongar mi vida en estas condiciones.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

- Deseo que en caso de presentar síntomas que no se puedan controlar y que me causen un sufrimiento que no quiera/pueda soportar, se me aplique una Sedación Paliativa.
- Deseo donar órganos y/o tejidos que puedan ser útiles para otras personas / No deseo donar órganos.
- No tengo inconveniente en que se me practique la autopsia, si puede ser de utilidad para el conocimiento médico / No deseo que se me practique la autopsia, a no ser que sea legalmente necesaria.
- Deseo que el final de mi vida se desarrolle si puede ser: en mi domicilio / en el hospital / en la residencia / No me importa el lugar.
- Deseo recibir asistencia religiosa / No deseo recibir asistencia religiosa.

Si en ese momento, la legislación ya hubiera regulado el derecho a una muerte digna mediante la eutanasia, es mi deseo morir de forma rápida e indolora por este procedimiento.

A los médicos u otros profesionales sanitarios que no puedan o no estén de acuerdo en cumplir mis deseos y voluntades, solicito trasladen mi caso a otros profesionales sanitarios que sí los cumplan, garantizando así mi derecho a que se respete mi voluntad.

No reconozco a persona alguna atribuciones ni derechos para reclamar al centro hospitalario ni al personal sanitario, indemnización alguna, ni formular denuncia alguna, por ejecutarse mi voluntad.

En caso de duda en la interpretación de este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante

Nombre

DNI _____

Fecha _____

Firma

Nombramiento del Representante

(Se puede nombrar más de un representante.)

Yo, _____,

mayor de edad, con el DNI/pasaporte/tarjeta _____ nº _____

y con domicilio en _____ CP _____

calle, _____ nº _____,

y con plena capacidad de obrar, designo a

con nº de teléfono _____, en el que concurren los requisitos previstos en el Art. 2.3 (a) de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, como mi representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y procurar el cumplimiento de mi voluntad expresada en este documento.

En caso de duda en la interpretación del documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante, al que autorizo para que tome decisiones con respecto a los posibles tratamientos no contemplados en el mismo, 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.

Aceptación del representante

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de

en el caso de que éste no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre Representante _____

DNI _____

Firma

Fecha y Lugar _____

Declaración de los Testigos

Los abajo firmantes, personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que nos conste que haya sido incapacitado judicialmente, y sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión, firmamos ante la presencia del otorgante:

Testigo primero

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Firma

Fecha y Lugar _____

Testigo segundo

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Firma

Fecha y Lugar _____

Testigo tercero

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Firma

Fecha y Lugar _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO DE UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Nombre y apellidos de la persona solicitante:

N.º del D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ Municipio: _____

Teléfono: _____

SOLICITO la inscripción en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas del documento contenido en el sobre cerrado adjunto a esta solicitud.

DECLARO conocer que el Registro de Voluntades Anticipadas transmitirá el contenido del documento únicamente al médico que me atienda en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

AUTORIZO al Registro a facilitar de oficio al personal de los centros sanitarios el conocimiento de la existencia (no su contenido) del documento.

SI

NO (márquese con una X lo que proceda)

Lugar, fecha y firma de la persona solicitante.

_____, a _____ de _____ de _____

FIRMA:

SR./SRA. ENCARGADO/A DEL REGISTRO VASCO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.
DEPARTAMENTO DE SALUD
C/ DONOSTIA-SAN SEBASTIAN nº1
VITORIA-GASTEIZ 01010