

Yo,, mayor de edad,
DNI núm. y con domicilio en,
calle,núm

teléfono....., 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/a 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, en las situaciones médicas que se especifican a continuación:

- 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 especificadas, mis decisiones son:

- 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 ocasione mi enfermedad.
- Que, sin perjuicio de las decisiones tomadas, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- No recibir tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren efectividad o sean fútiles en el propósito de prolongar mi vida.

IV. En relación a la donación de órganos y tejidos:

Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos y tejidos para ser trasplantados a otra persona que los necesite, conforme a lo previsto en la legislación vigente.

Si

No

Si necesita información adicional para tomar esta decisión, puede contactar con la Oficina de Coordinación Autonómica de Trasplantes de Navarra (teléfono 848 422 894, correo electrónico: ctraspna@navarra.es)

V. En relación con la prestación de ayuda para morir (eutanasia)

La ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), contempla en artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en un documento de voluntades anticipadas. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, esta persona será el interlocutor válido para el médico responsable.

Esto permitiría que, si en un futuro usted cumple con los requisitos que marca la LORE, pero no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de eutanasia, podría presentarla en su nombre otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola de su documento de voluntades anticipadas. En caso de que no exista ninguna persona que pueda hacer la solicitud en su nombre, el médico que lo trata podrá presentarla.

Si este es su deseo, marque la casilla. En caso contrario, no es necesario que marque nada.

“Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en la misma”.

VI. Firma del Documento de Voluntades Anticipadas.

En....., a.....de.....de.....

Firma:

.....
(Nombre y apellidos de la persona otorgante)

VII. Representante (opcional)

Designo como mi representante para que actúe en mi representación válida y necesaria con el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad a:

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

LocalidadTeléfono

En consecuencia, autorizo a quien me representa para que tome decisiones con respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda hacerlo por mí mismo/a, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas expresadas en este documento.

Aceptación del/la representante

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser representante de.....
....., en el caso de que 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.

El/la representante (fecha y firma)

Representante sustituto/a

En el supuesto de imposibilidad de actuación de la persona designada como representante, nombro en sustitución a:

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

LocalidadTeléfono

Aceptación del/la representante sustituto/a

Acepto la representación en las mismas condiciones que las expresadas anteriormente.

El/la representante sustituto/a (fecha y firma)