

DOCUMENTO de VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo (*nombre y apellidos*) _____
mayor de edad, con el DNI/Pasaporte/NIE _____, y nº de teléfono _____
con domicilio en (*calle, portal, piso*) _____
de (*población*) _____, Código Postal _____

Como otorgante de este documento, con plena capacidad para decidir libremente y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, manifiesto que se tengan en cuenta mis valores y preferencias si debido a circunstancias derivadas de mi estado físico y/o mental, me encontrase en un estado en el que ya no sea capaz —de manera permanente— de tomar decisiones sobre mis cuidados sanitarios.

Qué es importante para mí (valores y preferencias)

Es para mí importante mantener unas capacidades mínimas de autonomía personal y de comunicación con los demás, así como no padecer dolor físico u otro tipo de sufrimiento.

- Valoro más la calidad de vida que la cantidad de meses o años vividos.
- Mantener mi autonomía personal. Conservar mi independencia funcional, es decir, que no necesite la ayuda de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, usar el servicio, asearme...)
- Mantener la capacidad de comunicarme y de poder relacionarme con otras personas.
- No tener dolor o sufrimiento, sea físico o mental.
- No sentirme una carga para los demás.
- Otros:

No prolongar la vida. Rechazo de Tratamientos.

Si me encontrase en alguna de las situaciones que describo a continuación...

- **Etapa final** de mi vida, causada por una enfermedad avanzada, en progresión, **irreversible e incurable**, con un **pronóstico de vida limitado**.
- **Daño cerebral severo e irreversible** (coma, estado de mínima consciencia, estado vegetativo permanente).
- **Demencia** de cualquier origen, irreversible, que provoque un déficit cognitivo y funcional que alcance el estadio de **grave**: 1) necesidad de ayuda para andar, o llegar a quedarme en silla de ruedas, o en la cama 2) confundir, olvidar o no reconocer a mis familiares o seres más cercanos 3) perder el control de mis esfínteres, 4) perder la capacidad de comunicarme verbalmente 5) no ser consciente de lo que sucede en mi entorno. (*ej.- Clasificación Demencia Fast 7: Pocas palabras inteligibles o incompetencia verbal. Deterioro cognitivo y motor muy grave*).

...o situaciones similares, y habiendo perdido la capacidad de participar en la toma de decisiones, **deseo que el equipo sanitario responsable de mis cuidados retire o no inicie cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que meramente prolongue mi vida o proceso de morir**. En concreto quiero hacer constar que:

- Aunque probablemente no estén indicados en esas situaciones, expreso mi rechazo a tratamientos de soporte vital como, reanimación cardiopulmonar, diálisis, transfusión o ventilación mecánica invasiva.

- No deseo tratamientos a no ser que su objetivo sea exclusivamente mejorar mi calidad de vida o alivio sintomático (*ejemplo: sí acepto tratamiento antibiótico en caso de infección urinaria sintomática*).
- Si tuviese dificultad o imposibilidad para ingerir alimentos o agua, no deseo nutrición artificial por sonda nasogástrica o gastrostomía.
- En el caso de que padeciera una demencia en fase avanzada, no quiero que me den de comer a la boca si ya no disfruto de la comida o tengo dificultad para tragar.

Alivio del dolor y sufrimiento – Cuidados paliativos

Deseo que el equipo sanitario responsable de mis cuidados ponga en marcha todos los recursos disponibles para aliviarme el dolor o sufrimiento y mantenerme con el mayor confort posible. Deseo que se apliquen cuidados paliativos, incluyendo los fármacos necesarios para paliar al máximo el sufrimiento físico y/o psíquico que padezca.

En caso de tener síntomas que no se puedan controlar de otro modo y me causen sufrimiento, acepto que el equipo sanitario me administre una sedación paliativa.

Con respecto a la eutanasia:

Si me encontrase en la situación de demencia o daño cerebral grave e irreversible como se ha descrito previamente, deseo que este documento sea mi solicitud formal de Prestación de Ayuda para Morir por el procedimiento de eutanasia tal y como regula la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia* en casos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

Para ello designo a mi/s representante/s para que sean las personas encargadas de tramitar dicha solicitud en las circunstancias descritas.

OTRAS INSTRUCCIONES que deseo que se tengan en cuenta:

Deseo que en el final de mi vida pueda estar atendido:

- En mi domicilio
- En un centro sanitario
- En una residencia geriátrica o sociosanitaria
- Donde decidan mis representantes, familiares o cuidadores

En cuanto a la **donación de mis órganos y/o tejidos** que puedan ser útiles para trasplantes:

- Deseo hacer donación de mis órganos y/o tejidos, si es posible.
- No deseo donar mis órganos y/o tejidos.
- Prefiero que lo decida/n mi/s representante/s

Respecto a la asistencia espiritual:

- Deseo recibir asistencia espiritual de acuerdo con mis creencias.
- No deseo recibir asistencia espiritual.

Otros aspectos relevantes para mí:

Nombre de la persona otorgante

DNI/Pasaporte/NIE

Firma

Nombramiento de Representante/s

Yo (nombre y apellidos) _____

DNI _____ con capacidad para decidir libremente **DESIGNO como mi/s REPRESENTANTE/S a**

1) _____

DNI _____ n° de teléfono _____

2) _____

DNI _____ n° de teléfono _____

en el/los 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, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor/a 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, a quien autorizo para que tome decisiones con respecto a los posibles tratamientos no contemplados en el mismo, en el caso de que yo no lo pueda hacer, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Firma (del/de la otorgante):

Aceptación del Representante

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el Representante de (nombre y apellidos de/de la otorgante): _____

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 su voluntad y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

1) Nombre y Apellidos: _____

DNI _____

Firma (representante):

2) Nombre y Apellidos: _____

DNI _____

Firma (representante):

Formalización ante tres Testigos

Los/las abajo firmantes, personas mayores de edad, con plena capacidad para decidir y no vinculadas con el/la otorgante (*nombre y apellidos del/de la otorgante*)

por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o relación patrimonial alguna. Declaramos que la persona que firma este Documento de Voluntades Anticipadas tiene la capacidad de hecho suficiente para tomar decisiones. No apreciamos ningún tipo de coacción para la expresión de sus preferencias. Firmamos este documento en su presencia.

Testigo primero/a

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Firma

Testigo segundo/a

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Firma

Testigo tercero/a

Nombre y apellidos _____

DNI _____

Firma

En _____, a _____ de _____ de _____

(Lugar y fecha de otorgamiento)