

Documento de Voluntades Anticipadas

Este es un modelo orientativo que pretende servir de ejemplo y ayudar a las personas implicadas en la planificación de cuidados (paciente, personal sanitario y representante) a redactar un documento personal a la medida de las circunstancias concretas de cada paciente.

Yo,, con DNI nº con domicilio en con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, manifiesto mi aceptación o rechazo de los tratamientos y cuidados que describo más adelante para que se cumpla en el momento en que me encuentre en una situación en que, por las circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda ya expresar personalmente mi voluntad.

Deseo que el médico responsable de mi tratamiento retire o no comience el tratamiento que meramente prolongue mi proceso de morir si yo padeciera una condición incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, como:

- a) una situación terminal
- b) una situación con inconsciencia permanente
- c) una situación con mínima consciencia en la cual yo sea permanentemente incapaz para tomar decisiones o expresar mis deseos.

Deseo además que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de dolor o sufrimiento, incluyendo aquéllos que puedan ocurrir al omitir o retirar tratamientos.

También comprendo que aún 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 reanimación cardiopulmonar

No deseo respiración mecánica

No deseo alimentación e hidratación artificiales

No deseo ninguna forma de diálisis

No deseo antibióticos

No deseo _____

Deseo la asistencia necesaria para proporcionar un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

Donación de órganos y tejidos

Lugar donde deseo que se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,,)

Otras _____

Nombre

Fecha

Firma

Nombramiento del Representante

Yo, _____, mayor de edad y con plena capacidad de obrar, designo a _____ con nº de teléfono _____ como mi representante para que, llegado el caso, sirva como mi interlocutor con el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y/o 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 mi salud 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 (opcional)

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 que 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

Firma

Revocación

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm....., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, dejo sin efecto este documento.

Fecha

Firma

Este documento se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga:

- a) Ante notario.*
- b) Ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.*
- c) Ante tres testigos.*

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 hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Testigo primero

Nombre y apellidos

DNI

Firma

Fecha

Testigo segundo

Nombre y apellidos

DNI

Firma

Fecha

Testigo tercero

Nombre y apellidos

DNI

Firma

Fecha

**TELEFONO INFORMACIÓN DEL REGISTRO DE VOLUNTADES
ANTICIPADAS: 945 019 254**

**HAY QUE LLAMAR PARA REGISTRAR EL DOCUMENTO Y (SI SE
QUIERE) FORMALIZARLO TAMBIÉN. SE QUEDA CON ELLOS EN
UNA FECHA Y UN LUGAR DETERMINADOS YA QUE SE DESPLAZAN
FUERA DE VITORIA QUE ES DONDE ESTÁN HABITUALMENTE.**