

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Antes de rellenar este documento debería realizar una lectura detenida de las "consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas" y buscar la ayuda y orientación de un profesional con el fin de valorar el alcance de sus decisiones.

En virtud del artículo 17 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, en el que se promulgan el principio de autonomía de la voluntad del paciente, así como de lo recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y más concretamente, en lo legislado en relación con el derecho a la expresión anticipada de voluntades,

Yo _____, mayor de edad con D.N.I. nº _____, con domicilio en _____, provincia de _____, calle _____, núm. _____, 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 LA TOMA DE DECISIONES EN DECISIONES EN FUNCION DE MIS OBJETIVOS VITALES Y VALORES

OBJETIVOS VITALES Y VALORES:

(A título de ejemplo: 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 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 situaciones médicas como las que se especifican a continuación, así como en otras que se pudieran producir:

(A título de ejemplo: 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. Daños encefálicos severos irreversibles. Cáncer diseminado en estadio avanzado sin opciones de tratamiento específico de la causa y sus complicaciones. Enfermedad o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.....)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

Teniendo en cuenta lo señalado en los puntos anteriores:

(A modo de ejemplo: 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 ocasiona la enfermedad. Que sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna. No recibir tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren efectividad o son fútiles en el propósito de prolongar la vida. Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.....)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Igualmente manifiesto mi deseo, de _____ (1) hacer donación de mis órganos.

En caso de respuesta afirmativa indicar si existe alguna excepción _____

(1) SI - NO

Lugar y fecha: _____

Firma del otorgante: _____