



MODELO ORIENTATIVO DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Presentamos un modelo orientativo para la redacción de un documento de voluntades anticipadas (DVA). Se pueden utilizar otros o confeccionar uno de propio. Este modelo puede ser de ayuda para crear su DVA de una manera más personalizada.

El modelo consta de dos partes fundamentales:

- A. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES (LO QUE ANTES SE DENOMINABA TESTAMENTO VITAL)
- B. DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Se pueden rellenar las dos partes o sólo una.

La parte referida a la designación de una persona representante, como interlocutora con el equipo asistencial y sustituta en la toma de decisiones, puede utilizarse de manera independiente. El nombramiento de una persona que le represente ya es una razón suficiente para redactar un DVA.

Antes de rellenar el documento, le recomendamos que lea las Consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas, u otras guías informativas sobre las voluntades anticipadas, y que solicite ayuda y orientación a un profesional sanitario con el fin de valorar el alcance de sus decisiones.

Recuerde que, para que el DVA sea válido, es necesario que tres testigos den fe del documento o bien que se lleve a cabo ante un notario. Es por ello que la última hoja de este modelo (anexo 1) corresponde a la declaración de los testigos.

SI SE QUIERE MODIFICAR O REVOCAR EL DVA

La persona que ha realizado el DVA puede renovarlo, modificarlo o dejarlo sin efecto (revocarlo) en cualquier momento. Cualquiera de estas opciones tiene que seguir los mismos requisitos que se han indicado para su validez. Por lo tanto, es necesario que tres testigos den fe del documento o bien que se lleve a cabo ante un notario. Siempre tiene la validez la última y más reciente expresión o documento.



DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS DE LA PERSONA QUE EXPRESA SU VOLUNTAD ANTICIPADAMENTE

Yo, _____, mayor de edad, con el NIF/NIE núm. _____, con domicilio en _____, calle _____, núm. _____, piso _____ y código postal _____, con el número de teléfono móvil _____ y de teléfono fijo _____, con la capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente, que me ha permitido reflexionar, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en qué, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

A. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES

I. Criterios que deseo que se tengan en cuenta

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con unos criterios que, entre otros, son 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.
- El hecho de no prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.
- El hecho de permanecer en mi domicilio habitual en los últimos días de mi vida y morir en él.
- En la interpretación de este documento quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante en lo referente a cualquier decisión sobre mí.
- En caso de que el profesional sanitario que me atienda no pueda asumir una actuación de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales sanitarios que puedan hacerlo.
- Otros:



II. Situaciones sanitarias previstas

Quiero que se respeten de manera genérica los criterios mencionados en el apartado anterior y, sobre todo, en caso de encontrarme en situaciones médicas como las que se especifican a continuación:

- Enfermedad irreversible que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
 - Estado vegetativo crónico.
 - Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
 - Estado avanzado de demencia.
 - Otros:
-
-
-

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias

Por todo lo que se ha indicado anteriormente, de acuerdo con los criterios y las situaciones sanitarias especificadas, solicito que se respeten las siguientes decisiones:

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, mediante técnicas de apoyo vital –ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial– y retirarlas si ya se me han empezado a aplicar y sólo sirven para mantener una supervivencia biológica sin sentido.
- No recibir tratamientos de apoyo ni terapias poco contrastadas que no hayan demostrado efectividad o que ya sean fútiles.
- Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico.
- Que, sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte en paz.
- Si estuviera embarazada y sucediera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.



- Que mis familiares y las personas más próximas puedan acompañarme.
- No ser trasladado del lugar donde resido en el último tramo de mi vida.
- Recibir asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.

IV. Otras: _____

V. Otras instrucciones sobre mi cuerpo

- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para:
 - Trasplantes
 - Investigación científica
 - Docencia
 - Otras instrucciones relativas a mi cuerpo:

Se tiene que tener presente que, posiblemente, la autoridad y la potestad con respecto a algunas de estas instrucciones no pertenezca a los médicos, sino a otras figuras profesionales a quien se tendrá que acudir para asegurar el cumplimiento.

En caso de que se quiera hacer donación a un servicio de donación de cuerpos, hay que ponerse en contacto con la facultad de medicina más próxima al lugar de residencia para recibir información sobre el significado y las condiciones en que se realizará la donación.

Lugar y fecha	Firma de quien expresa su voluntad



VOLUNTAD DE EUTANASIA

Con independencia que, para respetar mi voluntad y mis deseos, se tengan en cuenta los criterios y las instrucciones expresadas anteriormente, quiero que este documento tenga la consideración formal de solicitud para recibir la eutanasia si se cumplen los requisitos establecidos por la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, de los cuales soy conecedor.

En caso de duda, la persona nombrada mi representante será la que interprete mi situación como “sufrimiento insoportable e intolerable”, de acuerdo con las consideraciones que hago a continuación. Mi representante es quien considerará el momento oportuno para solicitar que se inicie el procedimiento que establece la Ley para recibir la eutanasia.

En caso de que mi representante no pudiera asumir su función y no existiera un representante sustituto, quiero que el médico responsable de mi atención inicie el procedimiento cuando se den las condiciones requeridas por la Ley.

Con el fin de ayudar a interpretar mejor mi voluntad, expreso que:

Para mí, son causa de **sufrimiento insoportable** e intolerable las situaciones siguientes:

- Una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado y en un contexto de fragilidad progresiva.
- Una enfermedad irreversible, que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Un estado vegetativo crónico.
- Un estado avanzado de demencia.
- Una enfermedad que:
 - Me imposibilite comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas.
 - Me produzca dolor importante, ya sea físico o psíquico.
 - Me imposibilite mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.



B. DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Conviene que los representantes sean personas con quienes tenga una vinculación afectiva, de amistad o parentesco, que conozcan sus valores y defiendan sus intereses en las decisiones. En este sentido, es necesario valorar la conveniencia de que el representante no sea ninguno de los testigos ni ninguno de los profesionales que después tenga que ejecutar la decisión tomada.

Yo, _____, mayor de edad, con el NIF/NIE núm. _____, con domicilio en

_____,

calle _____, núm. _____,

piso _____ y código postal _____, con el número de teléfono móvil

_____ i de teléfono fijo _____, con la capacidad para tomar

una decisión de manera libre y de acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000, de

29 de diciembre, designo mi representante, para que actúe como interlocutor

válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá en el caso

de encontrarme en una situación en qué no pueda expresar mi voluntad, a la

persona siguiente:

 Nombre y apellidos NIF/NIE

 Dirección Teléfono

 Fecha Firma de la persona representante

Y designo persona representante alternativa (opcional) a:

 Nombre y apellidos NIF/NIE

 Dirección Teléfono

 Fecha Firma de la persona representante alternativa



En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en caso de que yo no pueda por mí mismo, para que tenga la información necesaria para hacerlo, para que la administre como crea oportuno y para que me sustituya en los consentimientos que se tengan que dar siempre que no se contradigan las voluntades que constan en este documento.

Limitaciones específicas:

Lugar y fecha	Firma de quien expresa su voluntad



Anexo 1. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los infrascritos, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho con plena conciencia, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, los infrascritos, como testigos primero y segundo, declaramos que no mantenemos ningún vínculo ni familiar, hasta segundo grado, ni patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero

Nombre y apellidos NIF/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma del testigo primero

Testigo segundo

Nombre y apellidos NIF/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma del testigo segundo

Testigo tercero

Nombre y apellidos NIF/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma del testigo tercero