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 (D.O.E. nº 82, de 16 de Julio de 2005), de la Junta de Extremadura, en el que se promulgan los derechos de los ciudadanos a la información, honor e intimidad y al principio de autonomía de la voluntad del paciente, así como de lo recogido en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre 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 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 estadío avanzado sin opciones de tratamiento específico de la causa y sus complicaciones. Enfermedad o situaciones de gravedad comparable a las anteriores……)

- o _____
- o _____
- o _____
- o _____
- o _____
- o _____
- o _____
- o _____

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: _____

IV. REPRESENTANTE

De acuerdo con el artículo 17, 3b de la Ley 3/2005de la Junta de Extremadura, designo como 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 que no pueda expresar mi voluntad
a,_____, con D.N.I. núm: _____,con domicilio en_____, provincia de_____, calle_____, número _____,y teléfono _____

En consecuencia, autorizo a mi representante 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.
- Limitaciones específicas:
  - o _____
  - o _____

Fecha: _____ Firma:

Representante alternativo o sustituto:

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. núm:_____, Ciudad:_____

Provincia_____,calle_____

Teléfono: _____

Fecha:_____ Firma:

V. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, 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.
Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar, hasta el segundo grado, o patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero:

Nombre y Apellidos:_____

D.N.I.: _____, Población: _____

Provincia_____, calle_____

_____, teléfono:_____

Fecha:_____ Firma:

Testigo segundo:

Nombre y Apellidos:_____

D.N.I.:_____, Población:_____

Provincia:_____, calle:_____

_____, teléfono:_____

Fecha:_____ Firma:

Testigo tercero:

Nombre y Apellidos:_____

D.N.I.:_____, Población:_____

Provincia: _____, calle:_____

_____, teléfono:_____

Fecha:_____ Firma:

IV. 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 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. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en e caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso deque no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que a mí me afecta.

Nombre y Apellidos del representante:

_____

D.N.I.: _____

Fecha: _____ Firma:

Nombre y Apellidos del representante alternativo:

_____

D.N.I.: _____

Fecha: _____ Firma:

VII: REVOCACIÓN

Yo _____, mayor de edad, con D.N.I. 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.

Lugar y fecha: _____

Firma: