

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo (nombre y apellidos) _____,

mayor de edad, con el DNI _____, y nº de teléfono _____,

con domicilio en la calle _____, nº _____,

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:**

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, se tengan en cuenta mis valores:

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. Por este motivo deseo que se me proporcione la asistencia sanitaria necesaria para lograr un digno final a mi vida, y que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de molestias, procurando la máxima calidad de vida posible, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.

Todo lo cual me lleva a considerar, que en caso de padecer alguna de las situaciones que describo a continuación:

- **Terminalidad o fase final de mi vida**, causada por una enfermedad avanzada, en progresión, irreversible e incurable.
- **Daño cerebral severo e irreversible** (coma irreversible, estado vegetativo permanente, estado de mínima consciencia).
- **Demencia de cualquier origen, irreversible**, que provoque un déficit cognitivo y funcional que alcance el estadio de grave o muy grave.

ES MI DESEO QUE el médico o médica responsable de mis cuidados no inicie, y suspenda —si se ha iniciado—, cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que meramente prolongue mi proceso de morir.

En concreto quiero hacer constar que:

- No deseo que se me apliquen tratamientos de soporte vital, tales como reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica (conexión a un respirador), ni ninguna forma de diálisis.

- Si presentase dificultad o imposibilidad para ingerir alimentos sólidos o líquidos, no deseo alimentación y/o hidratación artificial por sonda nasogástrica u otras vías. Tampoco deseo que se me fuerce, en ningún caso, a tomarlos por vía oral.
- No deseo quimioterapia, radioterapia, cirugía, transfusiones de sangre, ni antibióticos, a no ser que su objetivo sea exclusivamente mejorar mi calidad de vida.
- No deseo que se me realicen análisis de sangre u otros exámenes diagnósticos, cuyo objetivo no sea exclusivamente mejorar mi calidad de vida.

ASIMISMO, DESEO QUE el médico o médica responsable de mis cuidados ponga en marcha todos los recursos disponibles para aliviarme el dolor y el sufrimiento, y mantenerme con el mayor confort posible, incluso si ello pudiera adelantar mi muerte.

En concreto quiero hacer constar que:

- Deseo que se me suministren los fármacos que sean necesarios para paliar al máximo el sufrimiento físico y/o psíquico que padezca.
- Con respecto a la sedación paliativa:
 - Deseo que en caso de tener síntomas que no se puedan controlar de otro modo, y me causen sufrimiento, se me administre una sedación paliativa.
 - No deseo que se me administre, en ningún caso, la sedación paliativa.
- Con respecto a la eutanasia:
 - Si me encontrase en las situaciones descritas de Terminalidad, Daño Cerebral Severo o Demencia Grave o muy Grave, y que posteriormente detallaré, en las que fuera incapaz de decidir por estar inconsciente, o tener un deterioro cognitivo severo. Considero que mi sufrimiento físico y/o psíquico, en estas circunstancias, sería constante, intolerable e insoportable, y sin ninguna posibilidad de alivio. Por esta razón, deseo que este documento sea mi solicitud formal de Prestación de Ayuda para Morir en forma rápida, segura e indolora, por el procedimiento de eutanasia.
 - No deseo que se me aplique en ningún caso la eutanasia.

OTRAS INSTRUCCIONES que deseo que se tengan en cuenta:

- Deseo que el final de mi vida se desarrolle, si puede ser:
 - En mi domicilio.
 - En un hospital.
 - En mi residencia geriátrica o sociosanitaria
 - No me importa el lugar.
 - Actualmente no tengo una opinión al respecto

- Si estuviese viviendo en una residencia geriátrica o sociosanitaria y presentase una complicación o agravamiento en mi estado de salud:
 - Deseo que se me preste la atención sanitaria que necesite, en el lugar donde resido, y que no me lleven a urgencias del hospital.
 - Deseo que, si fuese necesario, me lleven a urgencias del hospital.

- Si se diese la circunstancia de estar embarazada y tener que aplicar las instrucciones de este documento:
 - Deseo que se me mantenga con el soporte vital necesario, para conservar a mi feto con vida y en condiciones viables hasta el momento del parto. Posteriormente deseo que se me apliquen las instrucciones indicadas en este documento.
 - Deseo que no se tenga en cuenta mi embarazo a la hora de aplicar las instrucciones de este documento.
 - Esta circunstancia no me concierne.

- Respecto a la asistencia religiosa:
 - Deseo recibir asistencia religiosa de acuerdo con mis creencias.
 - No deseo recibir asistencia religiosa.
 - Actualmente no tengo una decisión tomada al respecto.

DESEOS PARA DESPUES DE MI MUERTE

- 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, conforme a lo previsto en la legislación vigente.
 - No deseo donar mis órganos y/o tejidos.

- Respecto a la posibilidad de que se me practique la autopsia:
 - No tengo inconveniente en que se me practique la autopsia, si puede ser de utilidad para el conocimiento médico.
 - No deseo que se me practique la autopsia, a no ser que sea legalmente necesaria.

CONSIDERACIONES FINALES

Para que no haya dudas a la hora de poner en marcha mis instrucciones, deseo clarificar mi interpretación de situaciones descritas inicialmente, en las que pueda haber dificultades a la hora de ser valoradas:

- **Daño cerebral severo e irreversible.**

Si me encontrase en cualquiera de estas situaciones (coma irreversible, estado vegetativo permanente, estado de mínima consciencia) deseo que se tengan en cuenta mis instrucciones, en el caso de que transcurriera un tiempo en el que las expertas o expertos estimaran —con alta probabilidad— que, si recuperase la consciencia, presentaría importantes secuelas que me llevarían a un estado en el que no podría recobrar unas capacidades que yo considero mínimas, de autonomía física y/o mental y que describo más adelante.

- **Demencia de cualquier origen, irreversible, grave o muy grave.**

Quiero precisar lo que yo entiendo que es el deterioro que puede ocasionar una demencia grave o muy grave, para que si llegase a esta situación se tengan en cuenta mis instrucciones.

Considero que, con estos niveles de deterioro, estas serían las limitaciones más importantes de mi autonomía que yo presentaría:

- No estaría en el pleno uso de mis facultades mentales, y no sería capaz de tomar decisiones relacionadas con mi salud
- Precisaría ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria como beber, comer, usar el servicio, asearme...
- Presentaría cambios emocionales y de personalidad, y ya no sería la persona que había sido.

Además, mi situación estaría acompañada de alguna de estas limitaciones:

—Necesidad de ayuda para andar, o llegar a quedarme en silla de ruedas, o en la cama —Perder el control de mis esfínteres —Perder la capacidad de comunicarme verbalmente —Confundir, olvidar o no reconocer a mis seres más cercanos emocionalmente —No ser consciente de lo que sucede en mi entorno.

Las médicas o médicos también lo pueden medir, además, por diferentes escalas como, por ejemplo, la escala GDS (Escala de Deterioro Global de Reisberg) y se corresponde con los grados 6 y 7 de esta escala (de un máximo de 7 grados de deterioro), igualmente por una puntuación en el Test Mini Mental menor de 12 puntos (siendo 35 el máximo).

ASIMISMO, si a pesar de todo, se diesen situaciones no claramente contempladas entre las descritas, y que por ello podieran surgir dudas, a la hora de interpretar este documento, DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA MIS VALORES con respecto a lo que considero capacidades mínimas de autonomía física y/o mental, necesarias para mantener mi dignidad y que describo a continuación:

- 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 padecer un sufrimiento físico y/o emocional insoportable que no pueda ser controlado.

Si no fuese capaz de mantener estas capacidades mínimas, considero que no estaría viviendo con dignidad, lo que me causaría un sufrimiento que valoro como insoportable y querría por ello que se tomaran las decisiones descritas inicialmente en este documento.

Nombre y apellidos *(del/de la otorgante)*:

con el DNI _____.

Lo que firmo en _____, con fecha _____.

Firma *(del/de la otorgante)*:

Nombramiento del/de la Representante

Titular Suplente

Yo (*otorgante*), _____,

mayor de edad, con el DNI _____, con domicilio en la

calle _____, nº _____,

de (*población*) _____, CP _____,

con plena capacidad para decidir libremente, **DESIGNO COMO MI REPRESENTANTE A**
(*nombre y apellidos del/de la representante**):

con el DNI _____ y nº de teléfono _____,

en el 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 pueda hacer, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Lo que firmo en _____, con fecha _____.

Firma (*del/de la otorgante*):

(*) No puede ser representante ninguno de los testigos, ni el notario, ni el funcionario del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, ni el personal sanitario que debe aplicar las voluntades anticipadas, ni el personal de las instituciones que financien la atención sanitaria de la persona otorgante.

Aceptación del/de la 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.

Nombre y Apellidos (*del/de la representante*):

con el DNI _____.

Lo que firmo en _____, con fecha _____.

Firma (*del/de la representante*):

Declaración de los/las 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*)

_____, DNI _____.

por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad (padre/madre, suegro/a, hijo/a, yerno/nuera, abuelo/a, hermano/a, cuñado/a o nieto/a) o relación patrimonial alguna. Declaramos que la persona que firma este Documento de Voluntades Anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que nos conste que haya sido incapacitado judicialmente, y sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión, y firmamos ante su presencia.

Testigo primero/a

Nombre y apellidos _____,

con el DNI _____.

Firma (*del/de la testigo primero/a*):

Testigo segundo/a

Nombre y apellidos _____,

con el DNI _____.

Firma (*del/de la testigo segundo/a*):

Testigo tercero/a

Nombre y apellidos _____,

con el DNI _____.

Firma (*del/de la testigo tercero/a*):

Lo que firmo en _____, con fecha _____.

Firma (*del/de la otorgante*):

SOLICITUD DE PRIMERA INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO DE UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Nombre y apellidos de la persona solicitante:

.....

Nº del DNI, pasaporte u otro documento de identidad:

Dirección:

Código Postal: *Población-Municipio:*

Teléfono:

SOLICITO la inscripción en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas del documento de voluntades anticipadas adjunto a esta solicitud.

DECLARO conocer que el Registro de Voluntades Anticipadas únicamente transmitirá el contenido del documento a mi/s representante/s en el momento en que lo solicite/n, y al médico o médica que me esté atendiendo en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

Lo que firmo en, *con fecha*

Firma (del/de la solicitante)

SR./SRA. DIRECTOR/A DE ASEGURAMIENTO Y CONTRATACIÓN SANITARIAS.
DEPARTAMENTO DE SALUD.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; y del resto de normativa vigente en materia de protección de datos, se informa que los datos de carácter personal serán incorporados a la actividad de tratamiento denominada "Registro de Voluntades Anticipadas" y se cederán a las personas indicadas en este formulario y al Registro Nacional de Instrucciones Previas. Los datos personales incorporados serán utilizados exclusivamente para garantizar el ejercicio y efectos del derecho a otorgar voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Podrán ejercitarse los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación, oposición y revocación, así como cualquier otro derecho previsto por la normativa de aplicación, ante la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias del Departamento de Salud o ante la Delegada de Protección de Datos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Este Documento ha sido elaborado por:

Victor Landa Petralanda y Jesús Angel García García Médicos de Familia Senior pertenecientes a la Comisión de Cuidados Paliativos de la OSI Barakaldo-Sestao de Osakidetza – Bizkaia

Agradecemos especialmente la colaboración de nuestros compañeros de la Comisión de Paliativos de la OSI Barakaldo-Sestao y del Centro de Salud de Amurrio de la OSI Comarca Interior, a la Asociación Talitha de Ayuda al Duelo de Albacete, al compañero Iñaki Saralegui, a nuestro amigo Txema Lorente y a todas las personas que nos han ayudado a refinar este documento.

En Portugalete, Bizkaia, a 23/3/21.