

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

Yo, .....  
con DNI / NIE / Pasaporte / Número .....  
con domicilio en ..... número .....  
población ..... y teléfono.....  
con la capacidad de hecho suficiente para tomar una decisión libre y con la información adecuada que me ha permitido reflexionar en profundidad.

### 1.- MANIFIESTO:

Que, de acuerdo con la ley de Catalunya 21/2000 y la Ley básica del Estado 41/2002, firmo este Documento de Voluntades Anticipadas para que cuando me encuentre en una situación en la cual no pueda tomar decisiones o expresar mi voluntad por mi mismo/a, se conozcan los valores y preferencias en los que se basan las instrucciones que expongo y quiero que respeten en mi atención sanitaria.

### 2.- DECLARO:

**2.1. VALORES VITALES:** Para mi proyecto vital, **la calidad de vida** es un aspecto muy importante y la relaciono con los siguientes supuestos:

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas.
- No sufrir dolor físico ni psíquico.
- Tener capacidad funcional que me permita la autonomía en la vida diaria.
- No prolongarme la vida de manera artificial cuando la situación clínica sea irreversible.
- .....

**2.2.SUPUESTOS Y SITUACIONES:** Es mi voluntad que **los valores vitales** citados se respeten especialmente en las situaciones siguientes:

- Daño cerebral grave e irreversible, de cualquier causa, incluso por accidente
- Enfermedad degenerativa en fase invalidante.
- Vejez avanzada con deterioro importante de mi estado general.
- Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
- Cualquier situación en la que no haya expectativas de recuperación y de la cual se deriven secuelas que impidan una vida digna según mi criterio, que ya he expresado en el apartado anterior.

(En caso de demencia, marque a partir de cuál de las tres situaciones desea que se respeten sus instrucciones. Marque **solo una** de las tres opciones)

- Demencia **moderada**, que me impida vivir sol/a y/o realizar actividades como: *salir a la calle sin acompañamiento, cocinar, comprar,...*
- Demencia **moderadamente severa**, que genere la imposibilidad de valerme por mi mismo/a, en las actividades como: *vestirme, ducharme, comer solo/a, ir al lavabo, leer, escribir...*
- Demencia **severa** que me impida: *comunicarme verbalmente o reconocer a las personas afectivamente cercanas, y/o me mantenga inmovilizado /da en una silla o en la cama.*

**2.3. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS:** En las situaciones anteriormente expresadas, quiero que se lleve a cabo la **adecuación del esfuerzo diagnóstico-terapéutico**:

- No iniciando o retirando tratamientos que me prolonguen la vida por medios artificiales con técnicas de soporte vital, reanimación cardiopulmonar o tratamientos fútiles de cualquier tipo.
- Que se me administren los fármacos necesarios para evitarme el posible sufrimiento físico y/o psíquico, llegando si es necesario a la sedación paliativa profunda y continuada.
- Si mi situación comporta la incapacidad para alimentarme e hidratarme yo mismo/a, no quiero que me alimenten ni me hidraten a la fuerza.
- Solo acepto contención mecánica o farmacológica cuando sea para evitar daños a mi propia persona o a terceros y siempre por prescripción médica.
- Ante una complicación de mi estado, siempre que sea posible, quiero que se me atienda en el lugar donde resido.
- Algunas patologías cursan con ausencia de conciencia de enfermedad. Si llegado el momento de ejecutar mi voluntad, expresada en este documento, manifiesto una opinión discrepante con su contenido, **reclamo que prevalezca mi voluntad aquí expresada.**
- Hago donación de mis órganos y tejidos.

**2.4 INSTRUCCIONES SOBRE LA EUTANASIA:**

- Si se cumplen los requisitos establecidos por la legislación vigente, solicito que se me ayude a morir mediante **la eutanasia** y quiero que éste documento tenga la consideración formal de solicitud para recibirla. Para ayudar a interpretar mejor mi voluntad, quiero que quede claro que, para mí, encontrarme en alguno de los supuestos o situaciones señalados anteriormente en este documento es una causa de sufrimiento insoportable e intolerable.

**3.- OTRAS CONSIDERACIONES:**

.....  
.....  
.....

**4.- SOLICITO:** A los profesionales sanitarios que no estén en disposición de atender mis voluntades que me deriven a otro equipo asistencial que pueda hacerse cargo. Ante cualquier duda, exijo que se consulte a mi **representante**.

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (opcional)**

En caso de hallarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad y de acuerdo con la legislación vigente, designo como representante para la interpretación y aplicación de este documento ante el equipo sanitario que me atenderá a:

Nombre y apellidos .....,  
con DNI / NIE / Pasaporte/ número .....,  
con domicilio en ..... número .....,  
población ..... y teléfono .....,  
Fecha .....,  
Firma del o la representante:

**REPRESENTANTE ALTERNATIVO (opcional)**

Nombre y apellidos .....,  
con DNI / NIE / Pasaporte / número .....,  
con domicilio en ..... número .....,  
población ..... y teléfono .....,  
Fecha .....,  
Firma del o la representante :

**Firma de la persona que hace el DVA**

Lugar ..... Fecha .....

Firma

**DECLARACIÓN DEL/DE LA PROFESIONAL SANITARIO/ARIA:**

La persona abajo firmante, mayor de edad y con plena capacidad de hecho, declara que la persona solicitante y que firma este documento de voluntades anticipadas, lo ha hecho con plena conciencia, sin que haya podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Así mismo, la persona abajo firmante avala la voluntad de la persona solicitante que firma este documento de voluntades anticipadas y declara que no se encuentra incurso en ninguna situación que se pueda calificar de conflicto de interés.

**DATOS PERSONALES DEL/DE LA PROFESIONAL SANITARIO/ARIA:**

1. Nombre y apellidos ,  
Núm. Colegiado/da o DNI/NIE/Pasaporte núm ,  
Profesión sanitaria ,  
Centro sanitario donde se realiza la declaración ,  
Localidad .....

La persona abajo firmante, declara que el otorgante de este documento de voluntades anticipadas se corresponde a:

Nombre y apellidos ,  
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....  
Fecha: .....

Firma del/ de la profesional sanitario/aria: