

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL (1)

Yo, .....con DNI nº ....., mayor de edad, con domicilio en ....., teléfono: ..... en plenitud de mis facultades mentales, libremente y tras prolongada reflexión, DECLARO:

Que si llego a encontrarme en una situación en que no pueda tomar decisiones sobre mi atención médica, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por hallarme en uno de los estados citados en el punto 4 de este documento, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

1- **Limitación del esfuerzo terapéutico:** Que no se me prolongue la vida por medios artificiales o técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos, alimentación artificial ni aporte de líquidos, respiración asistida..., y que no se me aplique tratamiento alguno, ni cirugía, técnicas de reanimación, diálisis, antibioterapia, quimioterapia, radioterapia, transfusiones...

2- Que se me administren los fármacos necesarios para evitarme el posible sufrimiento físico y/o psíquico, causados por la enfermedad o por la retirada de los tratamientos, o por cualquier otro motivo, aún en el caso de que puedan acortar mi vida. Si mi estado es de especial deterioro, dichos fármacos deberán ser los necesarios para acabar de una forma indolora, definitiva y rápida con dichos padecimientos, pudiendo llegar a la **sedación terminal**.

3- Si, en ese momento, la legislación ya hubiera regulado el derecho a la eutanasia activa voluntaria, es mi deseo morir de forma rápida e indolora por este procedimiento.

4- Los estados a que hago mención más arriba, son:

\*Daño cerebral importante e irreversible.

\*Cáncer en fase avanzada.

\*Enfermedad degenerativa en fase avanzada del sistema nervioso y/o del muscular, con importante limitación de mi movilidad.

\*Demencia severa debida a cualquier origen, especialmente si he llegado al punto de no poder expresarme ni alimentarme por mí mismo, ni reconocer a familiares o personas allegadas.

\*Enfermedades o situaciones de características o gravedad similares a las de las citadas.

\*Otros:

5- A los médicos u otros profesionales sanitarios que no puedan o no estén de acuerdo en cumplir mis deseos y voluntades, solicito trasladen mi caso a otros profesionales sanitarios que sí los cumplan.

A quienes los cumplan, les eximo de toda responsabilidad, y solicito que jamás se les censure, culpe o condene por ello.

No reconozco a persona alguna atribuciones ni derechos para reclamar al centro hospitalario ni al personal sanitario, indemnización alguna, ni formular denuncia alguna, por ejecutarse mi voluntad.

En caso de duda en la interpretación de este documento quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.

Lugar: ..... Fecha: .....

Firma:

TESTIGOS:

1.- Nombre: .....

Domicilio:.....

DNI:..... Firma:

2.- Nombre: .....

Domicilio:.....

DNI: ..... Firma:

3.- Nombre: .....

Domicilio:.....

DNI: ..... Firma:

REPRESENTANTES:

Designo como mis representantes legales para que vigilen el cumplimiento de mis voluntades expresadas en este documento, y tomen las decisiones necesarias para tal fin a:

1.- Nombre: .....

Domicilio:.....

DNI: ..... Firma:

2.- Nombre: .....

Domicilio:.....

DNI: ..... Firma:

Fecha: .....

## INDICACIONES ÚTILES PARA LOS FIRMANTES DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS (TESTAMENTO VITAL )

En un documento de Voluntades Anticipadas (conocido genéricamente como “testamento vital”) usted expresa su voluntad sobre las atenciones médicas que desea o no desea recibir caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo.

Usted puede realizar su propio documento con las indicaciones y razonamientos que considere pertinentes. DMD ha elaborado este modelo impreso para facilitar este trámite.

Situación legal. En Cataluña, a partir de la ley 21/2.000 de 29 de diciembre, el testamento vital , al que se denomina Voluntades Anticipadas, tiene un estatus legal. Otras autonomías están aprobando leyes similares. Donde no haya legislación al respecto, el documento no es ilegal y tiene peso moral. Si se tuviera que ir a un tribunal para defender lo que usted expresa, el documento tendría un inmenso valor.

Firma. Conforme a la ley catalana, el documento debe firmarse ante notario o ante tres testigos (dos de ellos no pueden ser familiares en segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante): el modelo de DMD está preparado para la firma con testigos. Recomendamos seguir estas formas de validación también en otras autonomías.

Representante. En este impreso se incluye la posibilidad de que usted nombre un representante. Conviene que la persona elegida como representante sea alguien que comprenda lo mejor posible los deseos, valores y motivos que sustentan sus decisiones sobre el final de su vida para cuando usted no pueda expresarse por si mismo. Además, ha de ser una persona dispuesta a luchar para que se cumplan las instrucciones que usted deja en su documento, caso de incumplimiento por parte de sus médicos o allegados. Tiene también la posibilidad de nombrar un segundo representante (sustituto) por si el primero se encontrase ausente, hubiese fallecido o, por alguna otra razón, no pudiese cumplir su cometido.

Puntos 1, 2 y 3 del documento. Contemplan distintas opciones para paliar su sufrimiento y evitar un alargamiento indeseado de la vida . Si no está de acuerdo con lo que se solicita en alguno de estos puntos, táchelo.

Enfermedades enumeradas. Puede usted, asimismo, tachar las enfermedades enumeradas en el punto 4 que no desea que figuren en el documento.

Difusión. Es conveniente que reparta copias de su documento al representante, si lo tiene, y a otras personas de su confianza (incluido su médico de cabecera, si es posible). Deje usted indicaciones sobre donde localizar el documento por si un accidente o enfermedad súbita le impidieran expresarse. La asociación DMD tiene abierto un Registro de Testamento Vitales para sus socios desde 1.996. De este modo, hemos facilitado su localización. Sus allegados o representante podrán contactar con la asociación y recabar asesoría sobre como actuar en casos conflictivos. Estos son servicios que ofrece DMD a sus socios.

Anulación. Usted puede anular su documento de Voluntades Anticipadas/Testamento Vital en cualquier momento simplemente rompiéndolo (¡no se olvide de las copias que haya entregado!) o declarando su cambio de opinión por escrito u oralmente ante testigos.