

Eu, _____ con D.N.I. nº _____,
maiorde idade, con domicilio en _____,
telefono: _____ en plenitude das miñas facultades, libremente e tras
prolongada reflexión, DECLARO:

Que, si chego a encontrarme nunha situación na que non poda tomar decisións sobre o meu
coidado médico, a consecuencia do meu deterioro físico y/o mental, por encontrarme en un
dos estados clínicos enumerados no punto 4 de este documento, e si dous médicos
independentes coinciden en que o meu estado é irreversible, a miña vontade inequívoca é a
seguinte:

1. Que non se prolongue a miña vida por medios artificiais, tales como técnicas de soporte vital, fluídos intravenosos, fármacos ou alimentación artificial.
2. Que se me suministren os fármacos necesarios para paliar ó máximo o meu malestar, sufrimento psíquico e dor físico causados pola enfermidade ou por falta de fluídos ou alimentación, aúñ no caso de que poidan acurta-la miña vida.
3. Que, si estou en un estado particularmente deteriorado, se me administren os fármacos necesarios para acabar definitivamente, e de forma rápida e indolora, cos padecementos expresados no punto 2 de este documento.
4. Os estados clínicos ós que fago mención máis arriba son:
 - Dano cerebral severo e irreversible.
 - Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
 - Enfermidade dexenerativa do sistema nervioso e/o do sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación da miña mobilidade e falta de resposta positiva ó tratamento específico si lo houbera.
 - Demencias presenís, senís ou similares.
 - Enfermidades ou situacións de gravidade comparable ás anteriores.
 - Outras: (especificar si se desexa)

(1) De conformidade á Ley 3/2001, de 28 de maio "reguladora do consentimiento informado e da Historia Clínica dos pacientes" (B.O.E. núm. 158/01)

DATOS DE TESTEMUÑAS E REPRESENTANTE

TESTEMUÑAS:

1. Nome _____ D.N.I. _____ Firma _____

2. Nome _____ D.N.I. _____ Firma _____

3. Nome _____ D.N.I. _____ Firma _____

REPRESENTANTES:

Designo como o meu **REPRESENTANTE** para que vixie o cumprimento das instrucións sobre o final da miña vida expresadas en este documento, e tome as decisións necesarias para tal fin, a:

Nome _____

D.N.I. _____ Data _____ Firma _____

2º REPRESENTANTE (substituto)

Nome _____

D.N.I. _____ Data _____ Firma _____

Resérvomo dereito de revocar esta declaración en calquera momento, de forma oral ou escrita.

Lugar _____ Data: _____ Firma _____

Este Testamento foi entregado ó doutor e/o centro sanitario _____
_____ para que forme parte da miña Historia clínica.

En presenza de _____ en calidade de testemuña.

En un documento de Vontades Anticipadas (coñecido genéricamente como Testamento Vital) vostede expresa a súa vontade sobre as atencións médicas que desexa o non desexa recibir caso de padecer unha enfermidade irreversible ou terminal que lle levadosse a un estado que lle impida expresarse por si mesmo.

Vostede pode realiza-lo seu propio documento cas indicacións e razoamentos que considere pertinentes. **DMD** ha elaborado este impreso para facilitar este trámite.

Situación legal

En Cataluña, a partir da lei 21/2.000 de 29 de decembro e en Galicia, lei 3/2001 del 28 de maio, o testamento vital, ó que se denomina Vontades Anticipadas, ten un status legal. Outras autonomías están aprobando leis similares. Onde no haxa lexislación ó respecto, o documento non é ilegal e ten peso moral. Si se tivera que ir a un tribunal para defender o que vostede expresa, o documento terá un inmenso valor.

Firma

Conforme a la lei, o documento debe firmarse ante notario ou ante tres testemuñas (dous de elas non poden ser familiares en segundo grao ni estar vinculados por relación patrimonial co outorgante): o modelo de **DMD** está preparado para a firma con testemuñas. Recomendamos seguir estas formas de validación tamén en outras autonomías.

Representante

En este impreso se inclue la posibilidad de que vostede nome un representante. Convén que a persoa elexida como representante sexa alguén que comprenda o mellor posible os seus desexos, valores e motivos que sustentan as súas decisións sobre o final da súa vida para cando vostede non poida expresarse por si mesmo. Ademais ha de ser unha persoa disposta a loitar para que se cumpran as instrucións que vostede deixa no seu documento, caso de incumprimento polos seus médicos ou aliados. Ten tamén a posibilidade de nomear un segundo representante (substituto) por si o primeiro se encontrase ausente, houbera falecido ou, por algunha outra razón, no puidese cumprir o seu cometido.

Puntos 1,2 y 3 del documento

Contemplan as distintas opcións para paliar o sufrimento e evitar un alargamento indesexado da vida. Si non está de acordo co que se solicita en algún destes puntos, táchelo.

Enfermedades enumeradas

Pode vostede, así mesmo, tachar as enfermidades enumeradas no punto 4 que non desexa que figuren no documento.

Difusión

É conveniente que reparta copias do seu documento ó representante, si o ten e a outras persoas da súa confianza (incluído o seu médico de cabeceira, si é posible). Deixe vostede indicacións sobre onde localizar o documento por si un accidente ou enfermidade súbita lle impiden expresarse. A asociación **DMD** ten aberto un Rexistro de Testamentos Vitais para os seus socios dende 1.996. De este modo, temos facilitado a súa localización. Os seus alegados ou representantes poderán contactar ca asociación e acadar asesoría sobre como actuar en casos conflictivos. Estos son servicios que ofrece **DMD** ós seus socios.

Anulación

Vostede pode anular o seu documento de Vontades Anticipadas / Testamento Vital en calquera momento simplemente rompéndoo (¡ no se esqueza das copias que haxa entregado ¡) ou declarando o seu cambio de opinión por escrito u oralmente ante testemuñas.

Nota: ante calquera interrogante ou necesidade de aclaración, non dubide poñerse en contacto con nós.

1. FIGURA.

El representante da vontade anticipada é, segundo la Lei 3/2001 de 8 de maio, aquela persoa que ha de exercela nosa vontade con respecto a nosa situación sanitaria cando nós non sexamos capaces de exercer-la (en caso de coma profundo, inconsciencia, estados vexetativos, etc.).

¿Qué persoa pode ser representante noso? A mencionada lei non establece ningún tipo de limitación ó respecto, pero sería preferible que non fose un familiar porque evitaremos suspicacias sobre herdades ou intereses que podan xurdir.

Á hora de escoller-la persoa de confianza na que deposita-lo noso desexo con respecto ás nosas últimas vontades debemos saber escoller unha persoa afín a nosa forma de pensar, que manteña os nosos mesmos ideais referentes a una morte digna, porque el debe actuar no seu momento como nós e dificilmente poderá facelo si non cree en elo. Tamén é interesante é oportuno escoller unha persoa mais xoven ca nós, pola simple razón de que existen menos posibilidades de que teñamos que escoller outro representante por defunción do primeiro.

Debemos recordar que firmar como representante implica una relación directa ca persoa firmante da vontade anticipada. Dicha relación se debe manter no tempo e si houbera cambios de estado, domicilio, etc. debemos notificalos. É posible que co paso do tempo, debido a ditos cambios orixínese a dúbida de que o representante escollido deixe de ser ó máis idóneo. Por Exemplo: Temos escollido unha amiga que vive cerca de nós. Pasados os anos a relación con esa persoa se ha deteriorado, ou que se haxa ido a vivir a outra comunidade lexos de nós. É posible que esta nova situación no sexa la más idónea para exercer como representante, esto es algo que debemos xuzgar nós mesmos y falalo sen tapuzos porque es importante ter claro el feito de que portará a nosa vontade.

2. FUNCIÓN.

La función del representante xa la temos adiantado en el punto anterior: exercer a nosa vontade cando nós no podamos. Este cometido es de importancia maiúscula y esixe una elevada responsabilidade. A súa función no empeza solo cando nós no podamos exercer a nosa vontade, sino desde que firma la vontade anticipada hasta que finaliza el proceso con la vontade cumprida, existe una continuada labor de relación entre representante y firmante de la vontade.

El exercer una vontade depositada en confianza en una persoa (representante) da lugar a la necesidade de coñecer que pasos debemos dar cando chegue el día de exercer, de aí los presentes consellos.

¿Cáles poderían ser estes pasos?

- Cando sexa notificado de que la persoa firmante de la vontade anticipada está en una de las situacións contemplada en la mesma, debería poñerse en contacto con D.M.D.-Galicia pois esta asociación ten rexistradas y arquivadas todas las vontades anticipadas. Ademais la asociación pode axudarnos y asesorarnos.
- Deberíamos poñernos en contacto con el médico de cabeceira del firmante, xa que el nos pode asesorar sobre la situación médica del mesmo y nos permitirá ter un nexos de relación con el equipo médico que le trate.
- El habernos posto en contacto con la asociación pondrá a ó noso servicio un asesoramiento legal, necesario en estes casos.
- Sería interesante manter contacto con la familia del firmante, aunque esta sexa contraria a las ideas que defendemos, son las más persoas más alegadas al mesmo y deberíamos manteñérmos al tanto de dos nosos pasos (que no son nosos, hai que recordar esto, son de la persoa firmante pero no pode realizalos y lo fai a través nosa). Para manter este contacto, deberemos facelo a través de una persoa de la familia sino afín si más tolerante y achegada a la firmante, con la que haxamos tido sino una relación grande si algunha al menos.

3. DATOS QUE DEBE POSUÍR EL REPRESENTANTE.

Para realizar todos los cometidos anteriores sería positivo posuír una serie de datos:

- **Datos persoais de la persoa firmante de la vontade anticipada** (nome, D.N.I., teléfono, domicilio, fecha nacemento, etc.). Incluso sería interesante posuír una fotocopia de o seu carné de identidade pois nos pode facer falta en el futuro.
- **Copia de la vontade anticipada** con las especificacións al respecto que considere la persoa firmante de la vontade. No solo debemos telas por escrito sino que debemos falalas para coñecer os seus razoamentos, os seus desexos y fundamentos, al menos coñecelos lo máximo posible. Podemos ter ideas afines pero dos persoas dificilmente pensan igual.
- **Datos sobre la situación médica.** Es interesante coñecer la situación médica de la persoa a la que representamos para que no nos coxa por sorpresa nada. No debemos posuír papeis o copias soamente, debemos falar de elo sen tapuzos pois en el futuro pode ser necesario coñecer dichos datos. Debemos saber que límites son los que la persoa firmante desea soportar, cal es o seu concepto de vida digna y las relaciones que este concepto ten con sua situación médica.
- **Teléfono de una persoa de la familia del firmante.** Como xa dixeramos, sería positivo que alguén de la familia nos coñecera y tivésemos relación con ela. Dicha persoa sería el nexa de relación con la familia.
- **Teléfono del médico de cabeceira.** Al igual que en el caso anterior, debemos coñecernos mutuamente, será o noso nexa con el ambiente médico de la persoa firmante.
- **Teléfono de contacto con DMD GALICIA,** pois la asociación nos apoiará y asesorará en la labor que asumimos y en futuro teremos por diante.



ANEXO VONTADE ANTICIPADA

DATOS REPRESENTANTE:

Nome _____

Apelidos _____

Enderezo _____

Poboación _____ C.P. _____

Provincia _____ D.N.I. _____

Teléfonos _____ / _____ E-mail _____

DATOS 2º REPRESENTANTE:

Nome _____

Apelidos _____

Enderezo _____

Poboación _____ C.P. _____

Provincia _____ D.N.I. _____

Teléfonos _____ / _____ E-mail _____