

## Documento de Voluntades Anticipadas

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con el DNI/pasaporte/tarjeta \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, manifiesto mi aceptación y/o rechazo de los tratamientos y cuidados que describo más adelante en este documento para que se tengan en cuenta en el momento en que me encuentre en una situación, por las circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, en la cual no pueda ya expresar personalmente mi voluntad.

Deseo que el médico responsable de mi tratamiento retire o no comience los tratamientos que meramente prolonguen mi proceso de morir si yo padeciera una condición incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, como:

- a) una situación terminal.
- b) una situación con inconsciencia permanente.
- c) una situación con mínima consciencia en la cual yo sea permanentemente incapaz para tomar decisiones o expresar mis deseos.

Deseo además que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de dolor o sufrimiento, incluyendo aquéllos que puedan ocurrir al omitir o retirar tratamientos.

También comprendo que aún no estando obligado a especificar todos los futuros tratamientos a los que renuncio, quiero mencionar mi renuncia a las siguientes formas de tratamiento:

- No deseo reanimación cardiopulmonar.
- No deseo ventilación mecánica.
- No deseo ninguna forma de diálisis.
- No deseo alimentación e hidratación artificiales.
- No deseo antibióticos.
- No deseo \_\_\_\_\_.

Deseo la asistencia necesaria para proporcionar un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.

**Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:**

- Donación de órganos y tejidos.
- Lugar donde deseo que se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,,).
- **Otras:**\_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma

DNI \_\_\_\_\_

### **Nombramiento del Representante**

(Se puede nombrar más de un representante.)

Yo, \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con el DNI/pasaporte/tarjeta \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
y con domicilio en \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
calle, \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
y con plena capacidad de obrar, designo a \_\_\_\_\_  
con 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, como mi representante para que, llegado  
el caso, sirva como interlocutor 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, al que autorizo para que tome decisiones con respecto a los  
posibles tratamientos no contemplados en el mismo, 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.

**Aceptación del representante**

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de \_\_\_\_\_ 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 estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre Representante \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar \_\_\_\_\_

Firma

DNI \_\_\_\_\_

## **Declaración de los Testigos**

Los abajo firmantes, personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad 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, firmamos ante la presencia del otorgante:

### ***Testigo primero***

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Firma

Fecha y Lugar \_\_\_\_\_

### ***Testigo segundo***

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Firma

Fecha y Lugar \_\_\_\_\_

### ***Testigo tercero***

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Firma

Fecha y Lugar \_\_\_\_\_