DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y con información suficiente que me ha permitido reflexionar y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido según la ley 11/2006 de 3 de marzo. Quiero que se tenga en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en la que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad:

Cuando este documento sea necesario, es mi deseo que sea conocido por:

- ☐ Mi familia
- ☐ Sacerdote

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

En caso de duda en la interpretación de este documento, deseo que se tenga en cuenta la opinión de mi o mis representantes.

DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y esta calidad de vida la relaciono con unos supuestos que, a manera de ejemplo, pueden ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme por cualquier medio y relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico, psíquico o sufrimiento espiritual.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo/a en las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por si misma en situaciones clínicas irreversibles.
- Preferencia por permanecer:
  - ☐ **En mi domicilio habitual** los últimos días de mi vida.
  - ☐ **En el hospital** los últimos días de mi vida.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez**:**
  - ☐ **No** deseo ser informado de mi diagnóstico final.
  - ☐ **Sí** deseo ser informado de mi diagnóstico final.

DESEO QUE EN ESTE DOCUMENTO SE CONSIDEREN LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

Deseo que se respeten de forma genérica los principios mencionados en el apartado anterior, tanto en las diversas situaciones médicas como en las que se especifican a continuación, pero incluyendo otras.

- Enfermedad irreversible que va a conducir inevitablemente en un plazo breve a la muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado de demencia grave.
- Enfermedad incurable avanzada (enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación en la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo).
- Enfermedad terminal (enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la

autonomía, con muy poca o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).

- Situación de agonía (la que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual, y en la cual existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).

DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA LAS ACTUACIONES SANITARIAS SIGUIENTES

Lo que se ha señalado anteriormente, de acuerdo con los criterios y las situaciones sanitarias específicas, implica tomar decisiones como las siguientes:

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria desproporcionada y fútil que solo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, y que estas medidas se retiren, si ya se han empezado a aplicar.
- Que me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y dolor físico que me ocasiona mi enfermedad.
- Si estuviese embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado anterior, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto.
- Deseo que se les facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el tramo final de mi vida, si así ellos lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.
- Deseo que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

QUIERO QUE SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES DESEOS SOBRE MI CUERPO, SEÑALADOS CON UNA CRUZ

- ☐ Deseo donar mis órganos para que sean trasplantados a otra persona que los necesite.
- ☐ Deseo donar mis órganos a la investigación.
- ☐ Deseo donar mi cuerpo a la investigación, incluida la autopsia cuando fuera necesaria según criterio facultativo.
- ☐ Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- ☐ Deseo donar mis tejidos para su utilización clínica.
- ☐ Deseo donar mis tejidos para la investigación.
- ☐ Deseo ser incinerado.
- ☐ Deseo ser incinerado y enterrado.
- ☐ Deseo ser enterrado sin ser incinerado.

DESEO FINALMENTE ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

- Solicito ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propio proceso de morir y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico para acompañamiento espiritual y que se me administren los sacramentos pertinentes (Unció de los enfermos, Viático…), incluida la misa funeral.

- Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

- **DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE**

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad.

Designo para velar por el cumplimiento de esta voluntad, cuando yo mismo no pueda hacerlo, a……..……., DNI ……..……, domicilio en ……..…… y teléfono ……..…… y designo como sustituto de este representante legal para el caso de que éste no pueda o quiera ejercer esta representación a ……....., DNI ……..…..……, domicilio en ……..…… y teléfono ……..……

Faculto a estas mismas personas para que, en este supuesto, puedan tomar en mi nombre, las decisiones pertinentes.

ACEPTACIÓN DE REPRESENTANTE

Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa o de duda, he redactado y firmo esta declaración.

Firma: Fecha:

DNI:

Testigo	
Domicilio y tfno.	
Firma	DNI

Testigo	
Domicilio y tfno.	
Firma	DNI

Testigo	
Domicilio y tfno.	
Firma	DNI

Aceptación del representante designado para velar por la voluntad del otorgante.

Testigo	
Domicilio y tfno.	
Firma	DNI

Aceptación del sustituto del representante designado para velar por la voluntad del otorgante.

Testigo	
Domicilio y tfno.	
Firma	DNI

- ✓ **Se debe adjuntar los DNI de todos los testigos y de la persona otorgante, así como la tarjeta sanitaria del otorgante.**
- ✓ **Deben firmarse todas las páginas por el otorgante y los testigos.**
- ✓ **Este documento para ser válido tiene que registrarse en la correspondiente oficina del Registro de Voluntades Anticipadas del Govern Balear de la isla donde resida el otorgante.**
- ✓ **El teléfono de cita previa del Registro de Voluntades Anticipadas del Govern de las Illes Balears es: 900 7010 130.**
- ✓ **Las direcciones, correo electrónico y teléfonos de las oficinas de ayuda e información de los obispados son:**

MENORCA:
Cal Bisbe, 8 07760 bisbatdemenorca.com 971 380343

MALLORCA:
Seminari, 4 07001 bisbatdemallorca.org 971 213100

EIVISSA-FORMENTERA:
Pere Francès, 12 07800 obispadodeibiza.es 971 312774