

DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo, D/D ^a		
mayor de edad, con DNI n ^o		nacido/a en
el día	con domicilio en	
Provincia	Calle	N ^o

MANIFIESTO que tengo conocimiento de:

El Capítulo II de la Ley 3/2005, de 8 de Julio de información sanitaria y autonomía del paciente de la Junta de Extremadura, en el que se promulgan los derechos de los ciudadanos a la información, honor e intimidad y al principio de autonomía de la voluntad del paciente, así como de lo recogido en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y más concretamente, en lo legislado en relación con el derecho a la expresión anticipada de voluntades.

En ejercicio de este derecho declaro que soy mayor de edad, que actúo libremente y con plena capacidad para tomar una decisión, con la información suficiente, y que no me encuentro incapacitado judicialmente para emitir esta declaración. Tras una serena reflexión y, actuando libremente, realizo de forma documental mi declaración de voluntad anticipada, para lo cual

DECLARO:¹

Que si en un futuro **estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi atención sanitaria**, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan, **no hay expectativas de recuperación alguna:**

A) Se tengan en cuenta los **siguientes criterios** que expresan mi esquema personal de valores y que, a modo de ejemplo, podrían relacionarse con:

<input type="checkbox"/>	Mi preferencia por mantener una buena calidad de vida y una muerte digna.
<input type="checkbox"/>	Mi deseo de no sufrir dolor intenso e invalidante.
<input type="checkbox"/>	Mi preferencia por no prolongar la vida por sí misma cuando la situación es ya irreversible.
<input type="checkbox"/>	Otras:

B) En cuanto a las **actuaciones sanitarias sobre mi persona,**

<input type="checkbox"/>	No me sean aplicadas, o bien que se retiren si ya han empezado aplicarse, medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar inútilmente mi supervivencia.
<input type="checkbox"/>	Se me apliquen las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor o sufrimiento.
<input type="checkbox"/>	Se me preste la asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con los tratamientos necesarios para paliar al máximo mi dolor, sufrimiento o angustia extrema, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.
<input type="checkbox"/>	No se me aplique ningún tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad para mi recuperación y que prolongue fútilmente mi vida.
<input type="checkbox"/>	Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones sanitarias descritas anteriormente, mi voluntad es que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.

Firma del otorgante:

¹ Señalar con una cruz en el recuadro las opciones elegidas. No serán válidos documentos con enmiendas o tachaduras.

<input type="checkbox"/>	Otras actuaciones sanitarias (utilizar, si es preciso, hojas numeradas y firmadas al final de este documento):

C) En cuanto a las instrucciones una vez determinada mi muerte,

<input type="checkbox"/>	Deseo donar mis órganos y/o tejidos para trasplantes en beneficio de otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente.
<input type="checkbox"/>	Deseo donar mi cuerpo para la investigación o para la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legislación vigente.
<input type="checkbox"/>	La donación de mis órganos serán con la siguiente excepción:

D) Otras instrucciones que deseo se tengan en cuenta,

■ Deseo que al final de mi vida se me atienda en:	
<input type="checkbox"/>	Mi domicilio
<input type="checkbox"/>	El hospital
■ Otras Instrucciones:	
<input type="checkbox"/>	

NOMBRE como representante

De acuerdo con el artículo 17.3b de la Ley 3/2005, de 8 de Julio de información sanitaria y autonomía del paciente de la Junta de Extremadura, designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad a

D/D ^a	con DNI N ^o
con domicilio en	
Localidad	Provincia
Teléfonos de Contacto:	
Correo electrónico:	

para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación de lo contenido en él. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garante de mi voluntad expresada en este documento.

En	a	de	de
----	---	----	----

Fdo.:	
-------	--

(Nombre y apellidos)

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

D/D ^a			
con DNI n ^o	nacido el día	de	de
Con domicilio en			
Localidad	C.P:	Provincia	
Teléfonos de Contacto:			
Correo electrónico:			

ACEPTO representar a:

D/D ^a			
con DNI n ^o	nacido el día	de	de
Con domicilio en			
Localidad	C.P:	Provincia	

En los casos que proceda, de acuerdo con el Capítulo II de la Ley 3/2005, de 8 de Julio de información sanitaria y autonomía del paciente de la Junta de Extremadura, en relación con el derecho a la expresión anticipada de voluntades, **comprendo y estoy de acuerdo en seguir las instrucciones expresadas en este documento por la persona que 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 instrucciones y en el caso de que no haya revocado previamente este documento bien en su totalidad o en la parte que a mí me afecta.**

En	a	de	de
----	---	----	----

Fdo.:	
-------	--

(Nombre y apellidos)

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS²

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo con el otorgante por parentesco de hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, por matrimonio o por relación profesional o patrimonial alguna.

Testigo primero

D/D ^a		
con DNI n ^o		con domicilio en
Localidad		Provincia
C.P:	Teléfono:	Fecha:
Firma:		

Testigo segundo

D/D ^a		
con DNI n ^o		con domicilio en
Localidad		Provincia
C.P:	Teléfono:	Fecha:
Firma:		

Testigo tercero

D/D ^a		
con DNI n ^o		con domicilio en
Localidad		Provincia
C.P:	Teléfono:	Fecha:
Firma:		

Firma del otorgante:

² Cumplimentar sólo en el caso en que la declaración haya sido realizada ante testigos.