

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

Yo, .....  
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....  
con domicilio en..... número.....  
población.....y teléfono: .....

en plenitud de facultades que me capacitan para tomar una decisión libre, y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar en profundidad.

### 1.- MANIFIESTO:

Que, de acuerdo con la ley 21/2000 del Parlament de Catalunya y la Ley básica 41/2002 del Estado Español, firmo este Documento de Voluntades Anticipadas para que cuando me encuentre en una situación en la cual, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, no pueda tomar decisiones o expresar mi voluntad, se conozcan los valores y preferencias en los que se basan las instrucciones que expongo, y quiero que se tengan en cuenta a la hora de recibir atención sanitaria.

### 2.- DECLARO:

**2.1 VALORES VITALES:** Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con los siguientes supuestos:

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas.
- No sufrir dolor físico o psíquico.
- Tener independencia funcional que me permita la autonomía en la vida diaria.
- No prolongarme la vida de manera artificial cuando la situación clínica sea irreversible.

**2.2.-SUPUESTOS Y SITUACIONES:** Es mi voluntad que los valores vitales citados se respeten en las situaciones médicas siguientes:

- Daño cerebral grave e irreversible, de cualquier causa.
- Enfermedad degenerativa en fase invalidante.
- Vejez avanzada con deterioro importante de mi estado general.
- Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
- Cualquier situación en la que no haya expectativas de recuperación y de la cual se deriven secuelas que impidan una vida digna según mi criterio, circunstancia que ya he expresado en el apartado anterior.

(Marcar **una** de las tres opciones)

- Demencia **moderada**, que me impida vivir sol/a y/o realizar actividades como: *salir a la calle sin acompañamiento, cocinar, comprar,...*
- Demencia **moderadamente severa**, que genere la imposibilidad de valerme por mi mismo/a, en las actividades como: *vestirme, ducharme, comer solo/a, ir al lavabo, leer, escribir...*
- Demencia **severa** que me impida: *comunicarme verbalmente o reconocer a las personas afectivamente cercanas, y/o me mantenga inmovilizado /da en una silla o en la cama.*

**3.- INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS:** En las situaciones anteriormente expresadas, no quiero que se prolongue mi vida de forma artificial. Quiero que se lleve a cabo la **adecuación del esfuerzo terapéutico:**

- No iniciando reanimación cardiopulmonar y no iniciando o retirando tratamientos que me prolonguen la vida por medios artificiales con técnicas de soporte vital o tratamientos fútiles.
- Que se me administren los fármacos necesarios para evitarme el posible sufrimiento físico y/o psíquico, llegando si es necesario a la sedación paliativa profunda y continuada.
- Si mi demencia comporta la incapacidad para alimentarme e hidratarme yo mismo/a, no quiero que me alimenten ni me hidraten por ningún procedimiento.
- Solo acepto contención mecánica o farmacológica cuando sea para evitar daños a mi propia persona o a terceros y siempre por prescripción médica.
- Ante una complicación de mi estado, siempre que sea posible, quiero que se me atienda en el lugar donde resido.
- Soy consciente de que algunas enfermedades, especialmente muchas demencias, cursan con ausencia de conciencia de enfermedad. Puedo prever la posibilidad de que, llegado el momento de ejecutar mi voluntad, expresada en este documento, yo mismo/a pueda verbalizar, o manifestar de alguna forma, una opinión discrepante con lo que en él se recoge. Si ocurriese esto, insto a mis responsables legales a respetar las instrucciones de este documento, redactado en plenas facultades cognitivas y de salud mental y **reclamo que prevalezca mi voluntad aquí expresada.**
- Independientemente de que, para respetar mi voluntad y mis deseos, se tengan en cuenta los criterios y las instrucciones expresadas anteriormente, si se cumplen los requisitos establecidos por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que declaro conocer, solicito que se me cause la **muerte mediante eutanasia** y quiero que éste documento tenga la consideración formal para solicitarla.
- Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos y tejidos.

**4.- OTRAS CONSIDERACIONES:**

.....  
.....  
.....

**5.- SOLICITO:** A los profesionales sanitarios que no estén en disposición de atender mis voluntades que me deriven a otro equipo asistencial que pueda hacerse cargo. Ante cualquier duda, exijo que se consulte a mi **representante**.

**DESIGNO COMO REPRESENTANTE**, en el caso de hallarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad, para que de acuerdo con la Ley 21/2000 actúe como interlocutor/a válido/a y necesario/a con el equipo sanitario que me atenderá, tanto en la interpretación de este documento como para tomar decisiones respecto a mi salud si yo no me puedo comunicar, a:

Nombre y Apellidos .....,  
con DNI / NIE / Pasaporte Número..... y  
domicilio en..... número .....,  
población ..... y teléfono .....,  
Fecha .....

Firma del o la representante (opcional):

**Representante alternativo:**

Nombre y Apellidos .....,  
con DNI / NIE / Pasaporte Número ..... i  
domicilio en ..... número .....,  
población ..... y teléfono .....,  
Fecha .....

Firma del o la representante (opcional):

**Firma de la persona que hace el DVA**

Lugar..... Fecha.....

Firma:

**DECLARACIÓN DEL/DE LA PROFESIONAL SANITARIO/ARIA:**

La persona abajo firmante, mayor de edad y con plena capacidad de hecho, declara que la persona solicitante y que firma este documento de voluntades anticipadas, lo a hecho con plena conciencia, sin que haya podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Así mismo, la persona abajo firmante avala la voluntad de la persona solicitante que firma este documento de voluntades anticipadas y declara que no se encuentra incurso en ninguna situación que se pueda calificar de conflicto de interés.

**DATOS PERSONALES DEL/DE LA PROFESIONAL SANITARIO/ARIA:**

1. Nombre y apellidos ..... ,  
Núm. Colegiado/da o DNI/NIE/Pasaporte núm..... ,  
Profesión sanitaria ..... ,  
Centro sanitario donde se realiza la declaración..... ,  
Localidad .....

La persona abajo firmante, declara que el otorgante de este documento de voluntades anticipadas se corresponde a:

Nombre y apellidos..... ,  
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....  
Fecha: .....

Firma del/ de la profesional sanitario/aria: