

**DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS  
INSTRUCCIONES PREVIAS**

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_,  
Teléfono/s \_\_\_\_\_, y  
Hospital de referencia \_\_\_\_\_,

con capacidad para actuar libremente, considerando que he recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente, tomo la decisión de expresar a través de este documento las siguientes **instrucciones previas** que manifiestan mi **voluntad actual**, de acuerdo con la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, así como con la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Deseo que sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llego a encontrar en situación de no poder expresar mi voluntad por deterioro físico o psíquico.

Si se dieran esas circunstancias, designo como **REPRESENTANTE** a:

D./Dña. \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_, D.N.I. nº \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_,

Firma:

para la utilización de este documento, así como para la interpretación de las posibles dudas que puedan surgir en su aplicación. Esta persona deberá ser considerada como interlocutor válido y necesario por el facultativo responsable de mi asistencia, y como garante de mi voluntad expresada en el presente documento. En supuesto de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como **sustituto/a** a:

D./Dña. \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_, D.N.I. nº \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_,

Firma:

**Deberán acompañar fotocopias de los DNI del interesado/a y demás personas que figuran en el documento, debidamente acreditadas**

# DECLARO

Que si en un futuro no puedo tomar decisiones sobre mi cuidado médico como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental. Por ejemplo, alguna de las situaciones que se indican a continuación:

1. Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
2. Daño cerebral, y/o de otros órganos, severo e irreversible que conduzca en breve plazo a la muerte.
3. Estado vegetativo permanente.
4. Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico, si lo hubiere.
5. Demencia severa e irreversible debida a cualquier causa (tipo Alzheimer)
6. Otras situaciones (especificarlas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

y si, a juicio del personal médico que entonces me atienda, no existen expectativas de recuperación sin que se produzcan secuelas que me impidan llevar una vida con un mínimo de comunicación con otras personas y de independencia funcional para las actividades de la vida diaria, así como sin dolor severo y continuado,

**MI VOLUNTAD** es que no sean aplicadas, o que se retiren si ya han sido comenzadas a aplicarse, aquellas medidas de soporte vital cardiorrespiratorio y que no se dilate mi vida por medios artificiales como fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial que sólo estén dirigidos a prolongar mi supervivencia.

Pido que, cuando los responsables de mi asistencia tengan que optar por tomar decisiones médicas y/o terapéuticas sobre mi persona dirigidas a alargar la vida cuando se den limitaciones cognitivas o motoras que tengan carácter de irreversibilidad con magnitud suficiente, no se apliquen dichas intervenciones. Deseo además que se instauren las medidas y que se me suministren los fármacos que sean necesarios para controlar con efectividad los síntomas que puedan causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.

En caso de duda en la interpretación de mi proyecto vital y mis valores de calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.

En el caso de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

## **DONACIÓN DE ÓRGANOS** *(señalar con una X en el cuadro al margen si desea aceptar)*

**Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite.**

**OTRAS CONSIDERACIONES ESPECIALES** (señalar con una **X** en el cuadro al margen las que se desea aceptar):

Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea:

(Elija una de estas tres opciones)

- Inhumado  
 Incinerado  
 Donado a la Ciencia

- En caso de estar embarazada, la aplicación de este documento será aplazada hasta finalizar el embarazo.  
 Deseo recibir asistencia religiosa (especificar de qué tipo):

Una copia del presente documento, una vez registrado y aprobado por el Comité evaluador (según Decreto 100/2003 del B.O.A.), será incluida en mi historia clínica (tanto del centro de salud como del hospital de referencia) y otra quedará en poder de cada uno de mis representantes.

**En el caso de que el presente documento no se otorgue ante notario sino ante testigos** (mayores de edad, con plena capacidad de obrar, al menos dos de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante), **los abajo firmantes declaran** que la persona que firma este documento de instrucciones previas lo ha hecho de forma consciente y, hasta donde les es posible apreciar, voluntaria.

Primer testigo: D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Segundo testigo: D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Tercer testigo: D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

**SOLICITO:** la inscripción de este documento de voluntades anticipadas, en el Registro de Voluntades Anticipadas del Servicio Aragonés de Salud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado: El interesado

(Espacio reservado al SALUD)

**EVALUADO con fecha \_\_\_\_\_**

**La Comisión Delegada de VV.AA.**

**ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**