

# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

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

con capacidad para tomar decisiones libremente y con la suficiente información que me ha permitido reflexionar cuidadosamente, decido expresar a través de este documento las siguientes **instrucciones previas** que manifiestan mi **voluntad actual** relacionada con unos

**CRITERIOS** que responden a un esquema de valores de calidad de vida íntimamente ligados al proceso de morir con dignidad, relacionados con unos supuestos que, a modo de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico, psíquico o espiritual
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria
- No prolongar la vida por sí misma, cuando la situación sea irreversible

## OTROS CRITERIOS

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

## DECLARO

Que si en un futuro, no puedo expresar mi voluntad sobre la atención sanitaria a recibir, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental derivado de situaciones clínicas, como:

- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Daño cerebral, y/o de otros órganos, severo e irreversible que conduzca en breve plazo a la muerte.
- Estado vegetativo permanente.
- 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.
- Demencia severa e irreversible debida a cualquier causa (tipo Alzheimer).

## OTRAS SITUACIONES

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

## MI VOLUNTAD ES:

1. Que no sean aplicadas, o que se retiren si ya se están aplicando, 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.
2. 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.
3. Que se instauren las medidas y 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.
4. Que en caso de duda en la interpretación de mi proyecto vital y mis valores de calidad de vida, se tenga en cuenta la opinión de mi representante.
5. Que 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.

## OTRAS CONSIDERACIONES

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

Si se dieran las circunstancias de no poder expresar mi voluntad, designo como **REPRESENTANTE** a:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en: \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### FIRMA Y ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE:

Esta persona será considerada como el interlocutor válido y necesario del médico o equipo sanitario responsable de mi asistencia, tomará las decisiones en mi nombre cuando no pueda expresarme por mí mismo y en caso de duda en la interpretación del presente documento, teniendo en cuenta los valores, instrucciones y deseos expresados en el mismo y siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que aquí constan.

En supuesto de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como **sustituto/a** a:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en: \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono/s: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### FIRMA Y ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (sustituto):

**Deberán presentar los DNI o fotocopias compulsadas de los representante/s.  
Estos trámites pueden efectuarse en el Registro de Voluntades Anticipadas.**

El presente documento se formaliza ante los **dos testigos** abajo firmantes, que **DECLARAN**:

1. Que son mayores de edad, con plena capacidad de obrar y al menos uno de ellos sin relación de **parentesco hasta el segundo grado** y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante.
2. 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.

Primer testigo: D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI nº \_\_\_\_\_

**Firma del Primer testigo:**

Segundo testigo: D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI nº \_\_\_\_\_

**Firma del Segundo testigo:**

**EN RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS** (señalar con una X en el cuadro al margen)

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

En este caso especificar: TOTAL  PARCIAL  Si es parcial, especificar:

.....

Si usted necesita información adicional para tomar esta decisión, puede ponerse en contacto con la Unidad de Coordinación de Trasplantes de Aragón  
Teléfono: 976714311. Correo electrónico: [coordinaciondetrasplantes@aragon.es](mailto:coordinaciondetrasplantes@aragon.es)

**No**

### SOLICITO:

la inscripción de este documento de voluntades anticipadas en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud y Consumo y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Esta inscripción implica la autorización para la cesión de los datos de carácter personal aquí contenidos, con el fin de facilitar esta información al personal sanitario que me atienda cuando lo consideren necesario, en los términos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de 1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Este documento anula cualquier otro que haya sido otorgado con fecha anterior a la presente, en esta Comunidad Autónoma o en cualquier otra.

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

Firmado: El interesado/a

**Deberá presentar el DNI o fotocopia compulsada DEL OTORGANTE Y LOS TESTIGOS. Estos trámites pueden efectuarse en el Registro de Voluntades Anticipadas.**

## OTROS DESEOS

que puede comunicar a su familia, allegados y/o representante (señalar con una X en el cuadro al margen)

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

**INHUMADO**

**INCINERADO**

**DONADO A LA CIENCIA** (y si no es posible, deseo que sea →  **Inhumado**, o  **Incinerado**)

Si usted necesita información adicional, puede ponerse en contacto con el Departamento de Anatomía e Histología Humana de la Facultad de Medicina

Teléfonos: 976761667 o 976761684

En caso de estar embarazada, la aplicación de este documento será aplazada hasta finalizar el embarazo

Deseo recibir asistencia religiosa (especificar de qué tipo):

.....

**Mi deseo es morir**

**En casa**

**En el hospital**

**OTROS:**

**PARA MAYOR INFORMACION Y CITA PARA LA INSCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**



[www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es)