

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo,.....
mayor de edad, con domicilio en
C/.....
y DNI nº.....

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 mi **REPRESENTANTE** a:

D./Dña.....
con domicilio en, C/.....
y DNI nº.....

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 caso de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como **sustituto** a:

D./Dña.....
con domicilio en, C/.....
y DNI nº.....

DECLARO

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

1. Enfermedad irreversible que conduzca inevitablemente en plazo breve a la muerte.
 2. Estado vegetativo persistente.
 3. Estado avanzado de enfermedad de pronóstico fatal.
 4. Demencia grave.
 5. Otras (especificar):
-
.....

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, 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) que sólo estén dirigidas a prolongar mi supervivencia. Deseo además que se instauren las medidas que sean necesarias para controlar los síntomas que puedan causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.

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.

Consideraciones especiales (señalar con una X en el cuadro al margen las que se desea aceptar):

- Manifiesto mi deseo de que tras mi fallecimiento se puedan utilizar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite.
- En caso de estar embarazada, la aplicación de este documento será aplazada hasta después del parto.
- 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. **Leer al dorso antes de firmar.**

Lugar Fecha

Firma del otorgante Firma del representante

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^a, con D.N.I.

Firma:

Segundo testigo: D/D^a, con D.N.I.

Firma:

Tercer testigo: D/D^a, con D.N.I.

Firma:

EVALUADO con fecha.....

Visto bueno del Comité Evaluador del Sector 1, SALUD