

CONSIDERACIONES SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Qué es el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA):

El DVA es un documento escrito en el que una persona, mayor de edad, con capacidad suficiente y de forma libre hace constar las propias preferencias sobre los cuidados y tratamientos que desea recibir o rechazar en diferentes situaciones en las que no tenga la capacidad de decidir o expresarse personalmente.

Además en la declaración de voluntades anticipadas, se puede hacer constar:

- La decisión respecto a la donación de órganos para trasplante, para investigación o para docencia en la universidad.
- La solicitud de prestación de eutanasia en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad.

Puede cambiarse de opinión con el tiempo, y siempre prevalece la decisión más actual manifestada por usted.

Normativa:

El DVA se ampara en la ley 21/2000 del Parlamento de Cataluña y la 41/2002 del estado español.

Requisitos para formalizar DVA:

Ser mayor de edad y tener plena capacidad para expresar de forma libre y anticipadamente las instrucciones a tener en cuenta cuando las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad

Formalización:

Es necesario que usted garantice su identidad, así como su capacidad, que conoce el contenido del DVA y que éste se corresponde con su voluntad. Para garantizar estos requisitos de validez, el DVA debe otorgarse con intervención de tres testigos o ante un notario. :

- Con intervención de tres testigos: la ley exige que los tres testigos sean mayores de edad, que tengan la capacidad de obrar y que, al menos, dos de ellos no tengan relación de parentesco hasta el segundo grado ni estén vinculados con usted por relación patrimonial.
- Ante un notario: no son necesarios testigos.

Este documento debe incorporarse a la historia clínica del paciente. Si usted se visita en cualquiera de los centros del Parc de Salut Mar, el Servicio de Documentación Clínica del Hospital del Mar se encargará de realizar este trámite.

Registro del DVA:

Para facilitar el acceso a los profesionales que deban tenerlo en cuenta, el DVA puede inscribirse en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud. De esta forma el documento queda incorporado a la Historia Clínica Compartida y también podrá ser visualizado en el resto del estado español.

Si lo ha formalizado con intervención de tres testigos: Se puede presentar directamente en “El Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud” que se encuentra en la calle Travessera de les Corts 131-151, Pabellón Ave Maria, Barcelona. Tel. 932 272 900 o bien en el Centro de Atención Primaria, desde donde derivarán el documento para el registro al Departamento de Salud.

Habrá que presentar:

- Solicitud de inscripción en el Registro, cumplimentada con letras mayúsculas
- Fotocopia de la hoja de solicitud una vez cumplimentada y firmada
- Documento de Voluntades Anticipadas
- Fotocopia **compulsada** del DNI del interesado/a y de los tres testigos

Si lo ha formalizado ante notario: Es el propio notario quien envía el documento al Registro de Voluntades Anticipadas.

Validez:

La inscripción en el registro es totalmente voluntaria y aunque no se realice la inscripción, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos por la ley (formalización ante notaría o tres testigos), el DVA será válido.

¿Qué es un representante?:

El representante es una persona de plena confianza designada por usted en el DVA, que debe conocer sus valores y su voluntad teniendo facultades para interpretarla y aplicarla. Su función consiste en hacer de interlocutor con el médico o equipo sanitario cuando usted no pueda expresar su voluntad por sí mismo.

¿Es necesario designar representante?:

Aunque no es obligatorio designar a una persona que le represente, es muy importante hacerlo para facilitar la correcta interpretación del documento y la comunicación del equipo médico con la familia. Es aconsejable hacer constar a una segunda persona como representante alternativo por si cuando llega el momento la primera no está localizable.

Modificación y revocación:

Cumpliendo los mismos requisitos, usted puede modificar o revocar cualquier documento de voluntades anticipadas anterior, dejando constancia en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña y/o centro de salud en los mismos términos explicados en el apartado de registro

Asesoramiento y dudas:

El Servicio de Atención al Ciudadano le facilitará la información y documentación relacionada que pueda necesitar. Puede contactar vía telefónica, llamando al 93 248 30 71 o mediante el formulario de consulta que se encuentra en el espacio habilitado del Servicio de Atención al Ciudadano de nuestra web: www.parcdesalutmar.cat/

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo, _____, mayor de edad,
con el NIF/NIE núm. _____, con domicilio en _____,
calle _____ núm. _____,
piso _____ y código postal _____, con el número de teléfono _____ y
dirección electrónica _____; con la
capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente, que me
ha permitido reflexionar, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan
en cuenta sobre la mi atención sanitaria, cuando me encuentre en una situación en que,
por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico o psíquico, no pueda expresar
mi voluntad

A. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS PERSONALES.

Marque las condiciones que hagan referencia a sus preferencias.

I. Criterios que deseo que se tengan en cuenta

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con unos criterios que, entre otros, son los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme de cualquier forma y relacionarme con otras personas
- El hecho de no sufrir dolor importante, ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades básicas de la vida diaria.
- El no prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.
- El permanecer en mi domicilio habitual en los últimos días de mi vida y morir en él.
- En la interpretación de este documento quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante en lo referente a cualquier decisión sobre mí.
- En caso de que el profesional sanitario que me atienda no pueda asumir una actuación acorde con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales sanitarios que puedan hacerlo.

Otros:

II. Situaciones sanitarias previstas

Quiero que se respeten de forma genérica los criterios mencionados en el apartado anterior y, sobre todo, en caso de encontrarme en situaciones médicas como las que se especifican a continuación:

- Enfermedad irreversible que, en breve plazo, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de una enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado avanzado de demencia.
- Otros:

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias

Por todo lo anteriormente señalado, de acuerdo con los criterios y situaciones sanitarias especificadas, pido que se respeten las siguientes decisiones:

- No prolongar inútilmente de forma artificial mi vida, mediante técnicas de soporte vital como ejemplo,
 - ventilación mecánica,
 - diálisis,
 - reanimación cardiopulmonar,
 - fluidos intravenosos,
 - fármacos o
 - alimentación artificial, etc...) y
 - retirarlas si ya se me han empezado a aplicar y sólo sirven para mantener una supervivencia biológica sin sentido.
- Otras técnicas de soporte vital. Especificar si es necesario:

- Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico.

Que, sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte en paz.

Si estuviera embarazada y sucediera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que ello no afecte negativamente al feto.

Que mis familiares y personas más cercanas puedan acompañarme.

No ser trasladado del lugar en el que resido en el último tramo de mi vida.

Recibir asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.

Otros:

IV. Otras instrucciones sobre mi cuerpo

Manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para:

Trasplantes

Investigación científica

Docencia

Otras instrucciones relativas a mi cuerpo:

Se debe tener presente que, posiblemente, la autoridad y la potestad respecto a algunas de estas instrucciones no pertenezca a los médicos, sino a otras figuras profesionales a las que se deberá acudir para asegurar su cumplimiento.

En caso de que se quiera hacer donación al Servicio de donación de cuerpos, es necesario que se ponga en contacto con la facultad de medicina más cercana al lugar de residencia para recibir información sobre el significado y las condiciones en que se realizará la donación.

Lugar y fecha	Firma de quien expresa su voluntad

SOLICITUD DE EUTANASIA

Con independencia de que, para respetar mi voluntad y mis deseos, se tengan en cuenta los criterios y las instrucciones expresadas anteriormente, quiero que este documento tenga la consideración formal de solicitud para recibir la eutanasia si se cumplen los requisitos establecidos por la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que conozco.

En caso de duda, la persona nombrada representante mío será la que interprete mi situación como “sufrimiento grave e incapacitante”, de acuerdo con las consideraciones que hago a continuación. Mi representante es quien considerará el momento oportuno para solicitar que se inicie el procedimiento que establece la Ley para recibir la eutanasia.

En caso de que mi representante, por imposibilidad o por inactividad no asumiera su función y no existiera un representante sustituto, quiero que cualquier persona de mi entorno, conocedora de la existencia del DVA, o en su defecto, el médico responsable de mi atención, inicie el procedimiento, cuando se den las condiciones requeridas por la ley.

Para ayudar a interpretar mejor mi voluntad, expreso que:

Para mí, son **causa de sufrimiento, físico o mental, intolerable e incompatible con mi propio concepto de dignidad personal**. las siguientes situaciones:

- Una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado y en un contexto de fragilidad progresiva
- Un sufrimiento grave, crónico e incapacitante que limite mi autonomía física y actividades de la vida diaria de forma que no pueda valerme por mí mismo e incida en mi capacidad de relación y expresión.
- El estado vegetativo persistente
- El estado avanzado de demencia
- Me produzca dolor importante, ya sea físico o psíquico que me impida mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades básicas de la vida diaria.

Otros _____

Aspectos que quiero que se tengan en cuenta (por ejemplo, lugar donde quisiera que se realice la eutanasia, personas que quiero que me acompañen, etc.):

Lugar y fecha	Firma de quien expresa su voluntad

B. DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Conviene que sus representantes sean personas con las que tenga una vinculación afectiva, de amistad o parentesco, que conozcan sus valores y defiendan sus intereses en las decisiones.

Yo, _____, mayor de edad,
Con el DNI/NIE núm. _____, con domicilio en _____,
calle _____ núm. _____, piso _____ y código postal _____, con el núm. de teléfono móvil _____ y fijo _____;
con capacidad para tomar una decisión de forma libre y de acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000 designo, como representante mío, 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 la que no pueda expresar mi voluntad, a:

Nombre y apellidos DNI/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma de la persona representante

Y designo, como persona representante alternativa (opcional)

Nombre y apellidos DNI/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma de la persona representante alternativa



En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones respecto a mi salud en caso de que yo no pueda hacerlo por mí mismo, para que tenga la información necesaria para llevarlo a cabo, para que lo administre como crea oportuno y para que me sustituya en los consentimientos que deban darse siempre que no se contradigan las voluntades que constan en este documento.

Limitaciones específicas: _____

Lugar y fecha	Firma de quien expresa su voluntad
---------------	------------------------------------

Anexo 1. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

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

Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo declaramos que no mantenemos ningún vínculo ni familiar, hasta segundo grado, ni patrimonial con la persona que firma este documento.

Testigo primero

Nombre y apellidos DNI/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma del testigo primero

Testigo segundo

Nombre y apellidos DNI/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma del testigo segundo

Testigo tercero

Nombre y apellidos DNI/NIE

Dirección Teléfono

Fecha Firma del testigo tercero