



Información

1

Información sobre el Documento de Voluntades Anticipadas

Esta hoja informativa le explicará las posibilidades que tiene de tomar decisiones sobre las atenciones médicas y como puede prever lo que se debe hacer en caso de no poder hablar o decidir por usted mismo.

La capacidad de los enfermos para tomar decisiones relacionadas con su enfermedad es un derecho reconocido por la legislación española y europea, y el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) se fundamenta en el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, autonomía que, mediante este documento, se prolonga cuando el enfermo no puede decidir por él mismo. Le recomendamos la lectura atenta del artículo nº 8 de la Ley 21/2000 que trata los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente.

¿En que consiste el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)?

El DVA es el documento, dirigido al médico responsable, en el que una persona mayor de edad expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede designar también un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso que no pueda expresar su voluntad por ella misma.

¿Quién decide su tratamiento?

Sus médicos le darán información sobre su situación y consejo sobre el tratamiento, su utilidad y los riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. Usted tiene el derecho de decidir: puede aceptar lo que le proponen o puede decir que no a cualquier tratamiento que no desee, aunque este tratamiento pudiera prolongar su vida.

¿Y si está demasiado enfermo para decidir?

En este caso, su médico pedirá a su familia o a sus amigos más íntimos que le ayuden a decidir lo mejor para usted. Para esto es importante que usted confeccione un DVA que les permita conocer cuales son sus preferencias e incluso quien desea que hable por usted.

Si desea asesoramiento para cumplimentar el DVA, póngalo en conocimiento del personal asistencial –su médico o enfermera– que lo comunicará al Servicio de Atención al Usuario para que le den el apoyo que necesite.



IMAS

Institut Municipal
d'Assistència Sanitària

¿A quien necesita para cumplimentar el documento?

Usted mismo puede hacerlo. La legislación actual establece que se formalice delante de notario o bien delante de tres testigos con unos requisitos determinados. Puede renovar el documento periódicamente, completarlo o cambiarlo en cualquier momento.

¿A quien puede nombrar para que tome decisiones sobre tratamientos médicos cuando usted no pueda hacerlo?

La mejor manera de adaptar su voluntad a las múltiples circunstancias posibles es nombrando un representante en el que confiar, sea pariente o amigo, para que ayude a los profesionales a tomar las decisiones por si algún día no lo pudiera hacer por usted mismo. Hable con la persona o personas que le representen de sus decisiones y preferencias.

El representante debe actuar como interlocutor válido y necesario con el médico en el caso de que quien le haya designado en su DVA no pueda expresar su voluntad por él mismo.

Deberá interpretar y explicar las instrucciones de quien lo ha designado, las decisiones que se determinen deberán procurar el bien del enfermo. Antes de aceptar su designación es importante:

- que sepa que su intervención podrá tener lugar de aquí muchos años.
- la conveniencia de conocer la escala de valores de quien le designa, de su sentido de la vida y del sufrimiento.

¿Qué hacer con el DVA una vez haya sido cumplimentado?

Hable con su médico de sus decisiones y déle una copia de la hoja. Dé otra copia a la persona que haya nombrado como su representante y lleve una copia cuando ingrese en un hospital o en otro centro asistencial. También existe un registro centralizado de documentos de voluntades anticipadas en el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Requerimientos para poder hacer un DVA

- Ser mayor de 18 años y tener capacidad para hacerlo.
- No estar coaccionado ni influido por otros.
- Comprender el alcance de su decisión.
- Estar informado de las diferentes alternativas y consecuencias no deseadas.
- Haber sido bien informado sobre su enfermedad por parte de su médico.
- Si usted nombra un representante, que este tenga conocimiento de su decisión.
- Conocer los límites legales: actuaciones contra la ley, contra las buenas prácticas o situaciones no previstas.

Si usted opta por hacer un DVA con testigos

Éstos han de saber que han sido designados para verificar que quien está otorgando este documento es quien afirma ser, que tiene capacidad para hacerlo, y que este documento, en el que también tendrá que firmar manifestando no tener ninguna causa de incompatibilidad, se corresponde con su voluntad.

Y recuerde que para poder ser testigo debe:

- ser mayor de 18 años y tener plena capacidad de obrar.
- dos de los tres testigos necesarios no deben estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante ni deben tener relación de parentesco consanguíneo ni político hasta el segundo grado (abuelos, padres, hijos, hermanos, suegros, yernos y cuñados).



Documento de Voluntades Anticipadas

Yo,....., mayor de edad con DNI númy con domicilio en calle, con plena capacidad para obrar y de forma libre, otorgo el presente **Documento de Voluntades Anticipadas**, que quiero que se tenga en consideración en mi atención sanitaria, por **si me encuentro en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad** por distintas circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico.

En el caso de que yo me encontrase en alguna de las situaciones que se describen en esta Declaración y con capacidad de expresar mi voluntad, el contenido de este documento quedará supeditado a lo que yo decida en este momento.

En lo que se refiere a la interpretación y aplicación de este **Documento**, designo como mi representante a: con DNI núm, con domicilio en calle y teléfono/ que deberá ser considerado el interlocutor válido y necesario para el médico o el equipo sanitario que me atienda y garantizador del cumplimiento de mi voluntad aquí expresada.

Así mismo, por si se da el caso de imposibilidad de ejercer o de renúncia de mi representante, designo sustituto a: con DNI núm....., con domicilio en calle y teléfono/

Declaro que:

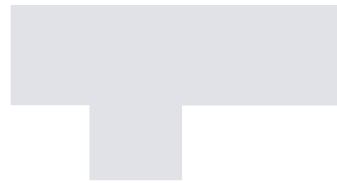
- Si en un futuro me encontrase en alguna de las situaciones mencionadas a continuación:
 Enfermedad irreversible de pronóstico previsiblemente fatal en un periodo inferior a 6 meses.
 Coma irreversible o deterioramiento cognitivo avanzado.

Dispongo que:

- No se prolonge inútilmente y de forma artificial mi vida (por ejemplo mediante procedimientos agresivos y/o técnicas de soporte vital avanzado), se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi sufrimiento físico y/o psíquico, y se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- No se me administren terapias médicas o quirúrgicas de efectividad indemostrada o que sean inútiles en el propósito de prolongar mi vida.
- Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en la declaración anterior, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre y cuando esto no afecte negativamente al feto.
-
-



Documento de Voluntades Anticipadas



Igualmente, manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para transplantes (), para investigación () o para enseñanza ().

Disposición adicional 1

() Deseo que el contenido de este Documento quede sin validez si transcurren más de 5 años desde el momento de firmarlo.

Disposición adicional 2

() En caso de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aduzcan motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, quiero ser transferido a otro o otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

Lugar y fecha:

Firma del otorgante

Firma del representante

Firma del representante sustituto

En caso que el presente Documento se otorgue delante de testigos y no delante de notario:

Testigo primero

DNI núm Firma:

Testigo segundo

DNI núm Firma:

Testigo tercero

DNI núm Firma:

Disposición final

En el supuesto que, más adelante, el otorgante quisiera dejar sin efecto el presente Documento podrá, si és el caso, firmar la orden de revocación siguiente:

Yo,, mayor de edad con DNI númcon plena capacidad para obrar y de forma libre revoco y dejo sin efecto el presente documento de Voluntades Anticipadas en todos sus extremos.

Lugar y fecha:, Firma: