# **Documento de Voluntades Anticipadas / DVA En letra grande**

**Yo, ……………………………………………………………………………..……….…...,**

**mayor de edad.**

**Mi DNI es: ………………………………………………………………..……………..**

**Vivo en: ………………………………………………………………………..…………**

**en la calle o plaza …………………………………………………..………….,  
número ……………..**

**Mi teléfono es: ………………………………………………………………………**

**Declaro que:**

* Tengo actualmente capacidad para tomar una decisión de manera libre.
* He contado con la información suficiente que me ha permitido reflexionar.
* Y que expreso las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad debido a mi estado físico y/o psíquico.

## Valores, creencias personales y criterios de calidad de vida que deseo que se tengan en cuenta

**Instrucciones para elaborar el documento:  
en este apartado, señale solo las opciones que usted considere que se corresponden con su proyecto vital.**

**En mi proyecto vital le doy mucha importancia a la calidad de vida, y la relaciono con que se cumplan las siguientes circunstancias:**

* Que pueda comunicarme y relacionarme con otras personas.
* Que tenga la capacidad de saber quién soy, quiénes son mis familiares, mis amistades y dónde estoy.
* Que no sufra dolor importante, ya sea físico o psíquico, aunque no lo exprese o no lo recuerde. Incluso aunque haya quien opine que no muestro signos externos de sufrimiento.
* Que tenga la posibilidad de mantener mi independencia funcional. Es decir, que tenga capacidad y autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, como comer, asearme o vestirme.
* Cuando la situación sea irreversible, no quiero prolongar mi vida por sí misma si no se da, como mínimo, lo que he expresado en los apartados anteriores.
* En caso de que alguien dude al interpretar este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi Representante. Mi Representante expresará la decisión que será coherente con:
* Las conversaciones que hemos tenido en el pasado.
* Mis preferencias de tratamiento.
* Mis deseos religiosos, creencias y valores.
* Deseo contar con asistencia espiritual de acuerdo con mis creencias.
* Deseo contar con el acompañamiento de mi familia y seres queridos.
* Otras situaciones: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Situaciones sanitarias

**Instrucciones para elaborar el documento:**

**en este apartado, señale todas las opciones que usted desee que se tengan en cuenta.**

**Quiero que se respeten los principios que he marcado en el apartado anterior cuando mi estado de salud esté como señalo a continuación:**

* Cuando me encuentre en la etapa final de mi vida causada por una enfermedad avanzada, en progresión, irreversible e incurable, con un pronóstico de vida limitado.
* Si tengo un **d**año cerebral severo e irreversible.
* Si tengo demencia irreversible de cualquier origen que me provoque un déficit cognitivo grave y funcional. Es decir:
* Que necesite ayuda para andar, o me quede en silla de ruedas, o en la cama.
* Que confunda, olvide o no reconozca a mis familiares o seres más cercanos.
* Que pierda el control de mis esfínteres.
* Que pierda la capacidad de comunicarme verbalmente.
* Que no sea consciente de lo que sucede en mi entorno.
* Otras situaciones: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias

**Instrucciones para elaborar el documento:**

**en este apartado, señale solo las opciones que usted desee en relación con las decisiones sanitarias.**

**Teniendo en cuenta todo lo que he señalado anteriormente, mis decisiones son (Elegir la opción A o la opción B)**

**Opción A**

* No prolongar mi vida inútilmente de manera artificial. Es decir, que no se inicien medidas de soporte vital o bien se retiren si se han iniciado, al igual que cualquier otra que intente prolongar mi vida. Por ejemplo:
* Ventilación mecánica.
* Diálisis.
* Reanimación cardiopulmonar.
* Inyección de fluidos intravenosos.
* Administración de fármacos.
* Alimentación por vía artificial.
* No recibir tratamientos complementarios y terapias no contrastadas que no hayan demostrado efectividad o no estén indicadas, con el propósito de prolongar mi vida.

Opción B

* Deseo que se tomen todas las medidas necesarias para el mantenimiento de mi vida, hasta donde sea posible y razonable clínicamente, siempre que se esté cuidando mi intimidad y mi confort.
* No recibir tratamientos complementarios y terapias no contrastadas que no hayan demostrado efectividad o no estén indicadas, con el propósito de prolongar mi vida.

Recuerda solo puedes escoger la opción A o la opción B

* Si llegada la circunstancia de tener que aplicar todo lo que indico en este documento estuviera embarazada, deseo que mantengan el soporte vital necesario para mantener el feto con vida, teniendo en cuenta lo siguiente:
* Solo si se considera la viabilidad del feto.
* Y que las técnicas que me tengan que aplicar no le afecten negativamente.
* En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, deseo tener información sobre mi diagnóstico clínico y sobre mi evolución esperada.
* En relación con los cuidados paliativos, mi deseo es:
* Recibir todos los cuidados y medicamentos necesarios con el objetivo de aliviar al máximo cualquier malestar, sufrimiento psicológico y dolor físico causado por mi enfermedad,
* incluyendo la opción de la sedación profunda.

**En el siguiente apartado, seleccione una opción:**

**En el final de mi vida, si las circunstancias lo permiten, mi prioridad es que me atiendan en:**

* Mi domicilio habitual.
* Una residencia sociosanitaria, si es mi domicilio habitual.
* Un centro sanitario.
* Donde decidan mis representantes, familiares o personas cuidadoras.

## En relación con la donación de órganos y tejidos

**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, conforme a lo previsto en la legislación vigente:**

* Sí, deseo ser donante.
* No, no quiero donar.

**Si necesita información adicional para tomar esta decisión, puede contactar con la Oficina de Coordinación Autonómica de Trasplantes de Navarra:**

* **Teléfono 848 42 28 94**
* **Correo electrónico:** [**ctraspna@navarra.es**](mailto:ctraspna@navarra.es)

## En relación con la prestación de ayuda para morir o eutanasia

**La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), establece en su artículo 5.2 la opción de expresar anticipadamente la voluntad de recibir ayuda para morir (eutanasia) “mediante un documento de voluntades anticipadas, en el caso de sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante”.**

**Esto significa que, si en el futuro cumple con los requisitos establecidos por la LORE, pero no se encuentra en pleno uso de sus facultades para dar su consentimiento de forma libre y consciente para solicitar la eutanasia, su Representante legal podría presentar la solicitud en su nombre.**

* En ese caso, la persona Representante deberá adjuntar el presente Documento de Voluntades Anticipadas.
* En caso de que no haya una persona designada para actuar como Representante, el médico o médica que lo trate también podría presentar la solicitud.

**Instrucciones para elaborar el documento:**

**en este apartado, señale las situaciones que desea que se tengan en cuenta.**

**Para ayudar a interpretar mejor mi voluntad, expreso que para mí son causa de sufrimiento grave, crónico e imposibilitante las situaciones siguientes:**

* Una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado y en un contexto de fragilidad progresiva.
* Una enfermedad irreversible, que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
* Un estado vegetativo crónico o estado de conciencia mínima prolongado.
* Un estado de demencia irreversible.
* Una enfermedad que me imposibilite comunicarme de cualquier manera.
* Una enfermedad que me limite mi capacidad para relacionarme con otras personas de forma significativa.
* Una enfermedad que me provoque un dolor importante, físico y/o psicológico.
* Una enfermedad que me prive de la autonomía necesaria para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirme o asearme.
* Otras situaciones: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Por lo tanto, si usted quiere acogerse a la ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), marque la siguiente casilla. En caso contrario, no es necesario que marque nada.**

* Formulo esta petición después de haber llevado a cabo un proceso reflexivo y de haberme informado de los supuestos y requisitos establecidos para llevar a cabo la prestación de eutanasia y manifiesto que “Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en ella”.

## Firma del Documento de Voluntades Anticipadas

**En …………………………………………………………………………………………...,  
a ……………… de ……………………………………………….. de …………..….**

**Firma, nombre y apellidos de la persona que realiza el DVA:**

## Representante

**Instrucciones para la elaboración del documento: este apartado es opcional.**

* **Una de las razones más importantes para nombrar a una persona como Representante es tener a alguien que pueda responder con flexibilidad a medida que cambia su situación de salud.**
* **También, manejar situaciones que usted no previó en el contexto de este documento.**

### Representante

**Designo como mi Representante para que actúe en mi representación válida y necesaria con el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad a:**

**Nombre y apellidos: …………………..……………….……………….……**

**DNI: ………………………… Localidad: …..……………………………………**

**Calle o plaza: ……………………………………….…, número: ………..**

**Teléfono: ……………………………………………………………………………….**

**En consecuencia, autorizo a mi Representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda hacerlo.**

**Estas decisiones debe tomarlas siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que he expresado en este documento.**

### Aceptación de la persona Representante

**Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser Representante de ……………………………………………………………… en el caso de que no pueda expresar sus decisiones con respecto a su atención sanitaria.**

**Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las decisiones expresadas en este documento por la persona que represento.**

**En …………………………………………………………………………………………...,  
a ……………… de ……………………………………………….. de …………..….**

**Firma, nombre y apellidos de la persona de la persona Representante:**

### Representante sustituto/a

**En el supuesto de que la persona designada como Representante no pueda actuar, nombro en sustitución a:**

**Nombre y apellidos: …………………..……………….……………….……**

**DNI: ………………………… Localidad: …..……………………………………**

**Calle o plaza: ……………………………………….…, número: ………..**

**Teléfono: ……………………………………………………………………………….**

### Aceptación del/la Representante sustituto/a

**Acepto la representación en las mismas condiciones que las expresadas anteriormente.**

**En …………………………………………………………………………………………...,  
a ……………… de ……………………………………………….. de …………..….**

**Firma, nombre y apellidos de la persona que firma:**