

Nombre	Apellidos
SIP	DNI
Dirección	Teléfono
Fecha nacimiento:	

### DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: COPIA PARA EL PACIENTE

En virtud del derecho que me reconoce el artículo 45 de la ley 10/2014 de 29 de diciembre de la Generalitat de Salud de la Comunidad Valenciana, siendo conocedor de la irreversibilidad e inevitable progresión de la enfermedad neurológica que sufro, teniendo capacidad para tomar una decisión de manera libre, y disponiendo de información suficiente que me ha permitido reflexionar, a continuación expreso las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria.

#### DECLARO:

Que si llega el momento en el que es preciso adoptar medidas invasivas para que pueda continuar con vida, mi opción es:

- A. Colocación de una PEG, para poder recibir los nutrientes necesarios cuando ya no sea posible ingerirlos

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

- B. Colocación de una traqueostomía, necesaria para poder continuar respirando mediante ventilación artificial cuando ya no sea eficaz la musculatura respiratoria

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

## CRITERIOS QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA

Se me ha informado de que la renuncia a estas medidas no implica renunciar a cuidados ni al control de síntomas hasta el último momento de mi vida. Seguiré beneficiándome de ambos con el objetivo de alcanzar un digno final de vida, siempre que no sea contrario a la buena práctica clínica.

Si en cualquier momento quisiera revocar lo aquí expresado se me permitirá hacerlo, tanto en el sentido de aplicarme los procedimientos invasivos no aceptados con anterioridad como en el de limitar el esfuerzo terapéutico retirándome las medidas de soporte vital que inicialmente acepté.

Independientemente de lo expresado en este documento, llegado el momento de realizar un procedimiento invasivo, se me pedirá reafirmarme o retractarme en mis decisiones.

Si llegado ese momento no pudiese reafirmarme en la decisión expresada en este documento mi deseo es:

- Que las opciones aquí manifestadas se tengan en cuenta independientemente de mi estado de salud físico o psíquico.
- Que si mi estado de salud y calidad de vida han variado de forma considerable desde el momento en que se firmó este documento, se opte por la última opción que transmití verbalmente al equipo médico que me atiende (quedando registrada en la historia clínica) y/o a mi representante legal.

Otros deseos respecto a la forma en que quiero ser tratado cuando la enfermedad esté avanzada:

---

---

---

---

---

Por último, si finalmente fallezco a consecuencia de mi enfermedad:

- Manifiesto mi deseo de hacer donación de órganos y/o de tejido nervioso y / o cuerpo para ser destinados al trasplante o a la investigación científica.
- Deseo que se tenga en cuenta el hecho de permanecer en mi domicilio habitual / en el hospital en los últimos días de mi vida y morir.
- Pido recibir asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.
- Deseo, en el momento de mi fallecimiento, ser incinerado / enterrado. Mi velada quiero que sea de la siguiente manera:



Otros

---

---

---

---

Solicito a los médicos u otros profesionales sanitarios que hagan lo posible para que se cumplan mis últimas voluntades y en caso de no estar de acuerdo con ellas, me deriven a otros profesionales que sí puedan cumplirlas.

Me reservo el derecho de revocar, sustituir o modificar esta declaración en cualquier momento.

En Valencia, a \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

Firma





## REPRESENTANTE

Designo como mi **representante** para que sea interlocutor válido ante el médico responsable o el equipo sanitario y le faculto para interpretar en mi nombre las voluntades anticipadas, así como para velar por el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida, expresadas en este documento, y que tome las decisiones necesarias a tal fin:

Nombre	Apellidos
DNI	Teléfono
DIRECCION	

## ACEPTACION DEL REPRESENTANTE

Firma

Nombre	Apellidos
SIP	DNI
Dirección	Teléfono
Fecha nacimiento:	

### DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: COPIA PARA EL EQUIPO

En virtud del derecho que me reconoce el artículo 45 de la ley 10/2014 de 29 de diciembre de la Generalitat de Salud de la Comunidad Valenciana, siendo conocedor de la irreversibilidad e inevitable progresión de la enfermedad neurológica que sufro, teniendo capacidad para tomar una decisión de manera libre, y disponiendo de información suficiente que me ha permitido reflexionar, a continuación expreso las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria.

#### DECLARO:

Que si llega el momento en el que es preciso adoptar medidas invasivas para que pueda continuar con vida, mi opción es:

- C. Colocación de una PEG, para poder recibir los nutrientes necesarios cuando ya no sea posible ingerirlos

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

- D. Colocación de una traqueostomía, necesaria para poder continuar respirando mediante ventilación artificial cuando ya no sea eficaz la musculatura respiratoria

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

## CRITERIOS QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA

Se me ha informado de que la renuncia a estas medidas no implica renunciar a cuidados ni al control de síntomas hasta el último momento de mi vida. Seguiré beneficiándome de ambos con el objetivo de alcanzar un digno final de vida, siempre que no sea contrario a la buena práctica clínica.

Si en cualquier momento quisiera revocar lo aquí expresado se me permitirá hacerlo, tanto en el sentido de aplicarme los procedimientos invasivos no aceptados con anterioridad como en el de limitar el esfuerzo terapéutico retirándome las medidas de soporte vital que inicialmente acepté.

Independientemente de lo expresado en este documento, llegado el momento de realizar un procedimiento invasivo, se me pedirá reafirmarme o retractarme en mis decisiones.

Si llegado ese momento no pudiese reafirmarme en la decisión expresada en este documento mi deseo es:

- Que las opciones aquí manifestadas se tengan en cuenta independientemente de mi estado de salud físico o psíquico.
- Que si mi estado de salud y calidad de vida han variado de forma considerable desde el momento en que se firmó este documento, se opte por la última opción que transmití verbalmente al equipo médico que me atiende (quedando registrada en la historia clínica) y/o a mi representante legal.

Otros deseos respecto a la forma en que quiero ser tratado cuando la enfermedad esté avanzada:

---

---

---

---

---

Por último, si finalmente fallezco a consecuencia de mi enfermedad:

- Manifiesto mi deseo de hacer donación de órganos y/o de tejido nervioso y / o cuerpo para ser destinados al trasplante o a la investigación científica.
- Deseo que se tenga en cuenta el hecho de permanecer en mi domicilio habitual / en el hospital en los últimos días de mi vida y morir.
- Pido recibir asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.
- Deseo, en el momento de mi fallecimiento, ser incinerado / enterrado. Mi velada quiero que sea de la siguiente manera:



Otros

---

---

---

---

Solicito a los médicos u otros profesionales sanitarios que hagan lo posible para que se cumplan mis últimas voluntades y en caso de no estar de acuerdo con ellas, me deriven a otros profesionales que sí puedan cumplirlas.

Me reservo el derecho de revocar, sustituir o modificar esta declaración en cualquier momento.

En Valencia, a \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

Firma





## REPRESENTANTE

Designo como mi **representante** para que sea interlocutor válido ante el médico responsable o el equipo sanitario y le faculto para interpretar en mi nombre las voluntades anticipadas, así como para velar por el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida, expresadas en este documento, y que tome las decisiones necesarias a tal fin:

Nombre	Apellidos
DNI	Teléfono
DIRECCION	

## ACEPTACION DEL REPRESENTANTE

Firma