

## MODELO DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES PREVIAS

En virtud de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (BOC de 18 de diciembre de 2002) en el se regula el derecho del usuario del Sistema Autonómico de Salud a la expresión de la voluntad con carácter previo,

Yo, D/D<sup>a</sup> .....  
mayor de edad, con domicilio en .....,  
C/..... y DNI n<sup>o</sup>.....

Con plena capacidad de obrar, tras adecuada reflexión y actuando libremente, otorgo el presente **Documento de voluntades previas**.

Designo mi representante a D./D<sup>a</sup> .....  
con domicilio en.....,  
C/..... y DNI, n<sup>o</sup> .....

para la interpretación que pudiera ser necesaria, así como para la aplicación estricta de este Documento. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario para el facultativo responsable de mi asistencia y como garante de mi voluntad expresada en el presente documento. De la misma manera, por si se diera el caso de renuncia o imposibilidad de mi representante, designo como **representante sustituto** a:

D/D<sup>a</sup> .....  
con domicilio en .....,  
C/..... y DNI n<sup>o</sup> .....

### DECLARO

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:

- Cáncer diseminado en fase irreversible (tumor maligno con metástasis).
- Daño cerebral severo e irreversible.

- Demencia severa debida a cualquier causa (Alzheimer y otros).
- Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento (esclerosis múltiple).
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada (SIDA).
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras (especificar) .....
- .....

Y si a juicio del personal médico que me atienda (siendo uno de ellos un especialista de la patología de que se trate) no hay expectativas de recuperación, **mi voluntad es que no sean aplicados, o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse, procedimientos de soporte vital, o cualquier otro tratamiento que prolongue temporal y artificialmente mi vida.**

**Quiero**, por otra parte, que se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier circunstancia que pudiera causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar aunque eso puedan acortar mis expectativas de vida.

En el caso 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 otro u otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

**Instrucciones adicionales :**

- \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_.

**Solamente en el caso de encontrarme embarazada:**

Si en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones antes citadas estoy embarazada, mi voluntad es que la validez de este Documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto.

Lugar y fecha: ....., .....

Firma del otorgante:.....

Firma del representante:.....

Firma del representante sustituto:.....

En el caso en que el presente documento se otorgue ante testigos (mayores de edad, con plena capacidad de obrar, de los cuáles dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado, ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni relación matrimonial ni de análoga afectividad a la conyugal con el otorgante) y no ante notario:

<b>Primer testigo</b>	firma
Nombre	
DNI	

<b>Segundo testigo</b>	firma
Nombre	
DNI	

<b>Tercer testigo</b>	firma
Nombre	
DNI	

Una copia del presente documento será incorporada a mi Historia Clínica y otra quedará en poder de cada uno de mis representantes.

-----  
**Si, más adelante, el otorgante quisiera dejar sin efecto el presente Documento podrá firmar, si lo desea, la siguiente orden de anulación:**

Yo, D/D<sup>a</sup> ....., mayor de edad, con DNI nº ....., con plena capacidad de obrar y de manera libre **anulo y dejo sin efecto** el presente Documento de voluntades anticipadas en todos sus extremos.

Lugar y fecha: .....

Firma:.....