

Documento de voluntades anticipadas de Basilea

Editor: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER | GGG Voluntas | Medizinische Gesellschaft Basel | Universitätsspital Basel



Apellido(s), nombre	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Dirección actual	<input type="text"/>
Calle / núm.	<input type="text"/>
CP, localidad	<input type="text"/>

En plena posesión de mis facultades mentales dispongo, en caso de incapacidad de juicio, lo siguiente:

1. Motivación

¿Qué me motiva a escribir un documento de voluntades anticipadas? ¿Hay alguna razón específica?

2. Reflexiones sobre mi vida y mi muerte

El documento de voluntades anticipadas abarca muchas cuestiones de la existencia humana: ¿Cómo veo mi propia vida y mi muerte? ¿Qué enfermedades padezco? ¿Qué experiencias de enfermedad y dependencia me moldean? ¿Qué significa para mí la calidad de vida? Las actitudes y valores personales en relación con la salud, enfermedades y muerte son una guía valiosa para las decisiones médicas.

5. Medidas médicas especiales

1. Suministro artificial de líquidos o nutrición

En caso de incapacidad de ingerir alimentos o líquidos de forma natural:

Sí No N/E*

a) permito el suministro artificial de alimentos y líquidos (sonda gástrica, nutrición parenteral por perfusión).

b) Si he respondido el punto a) con «No»: permito el suministro artificial de líquidos, siempre que sean únicamente para el alivio de síntomas.

2. Otras medidas y observaciones

6. Reanimación

En caso de parada cardiovascular o respiratoria:

Sí No N/E*

permito intentos de reanimación (reanimación cardiopulmonar).

Observaciones:

* Si no proporciona ninguna información en las declaraciones marcadas con un asterisco, la persona de confianza decidirá de acuerdo con su presunta voluntad. Si no ha nombrado a una persona de confianza, la ley regula qué persona cercana a usted decide por usted.

7. Mi persona de confianza - Representante

Autorizo a la persona de confianza a hacer valer mi voluntad frente al equipo médico. Libero a los médicos y a todo el equipo de su deber de confidencialidad hacia ella.

La persona de confianza debe ser informada lo antes posible. Tiene derecho a dar o negar su consentimiento a las medidas médicas. Si no está disponible, se debe contactar con la persona que la sustituya.

	Persona de confianza	Persona de confianza suplente
Apellido(s), nombre		
Calle / núm.		
CP, localidad		
Teléfono privado		
Teléfono empresa		
Teléfono móvil		

Observaciones:

--

8. Información adicional

Lugar deseado para los cuidados médicos y el fallecimiento:

Notas sobre los cuidados de enfermería:

Asistencia espiritual

Sí No

Acceso al historial médico por parte de la persona de confianza, incluso después de mi muerte

Autopsia

Donación de órganos

Observaciones:

--

Mi médico / médica

Organización	
Apellido(s), nombre	
Calle / núm.	
CP, localidad	
Número de teléfono	
Fax / móvil	

Sí No

¿Está en posesión de este documento de voluntades anticipadas?

¿Debe ser informado en caso de hospitalización?

9. Lugar de depósito o entrega y otras disposiciones

Marque la casilla correspondiente o agregue información:

Centro de llamadas de emergencia médica de Basilea (MNZ) Teléfono +41 61 261 15 15

Otro lugar de depósito:
(Dirección, teléfono, persona de contacto si aplicable)

--

Otras disposiciones personales:

Sí No

Protocolo para el funeral:

Lugar de depósito:

--

Observaciones:

--

10. Firma manuscrita

Lugar y fecha:	Firma: