

Carnet de Voluntades Anticipadas Power of attorney

Las personas siguientes* testimonian con su firma conocer mi testamento vital que fue redactado y firmado por mí tras reflexión madura, en pleno uso de mis facultades mentales y en plena libertad.

The undersigned confirm herewith their knowledge of the power entrusted to them by the above, who, being of sound mind and body, wrote and signed this freely and only after careful consideration.

* Estas personas pueden ser vuestros parientes, pareja o vuestro médico de cabecera. ¡Dadles una copia de este documento!

Personas de confianza The empowered confidants

Apellidos Surname

Nombre First name

Población City/Town

Dirección Street address

Teléfono Telephone number

Lugar y fecha Place, Date

Firma Signature

Apellidos Surname

Nombre First name

Población City/Town

Dirección Street address

Teléfono Telephone number

Lugar y fecha Place, Date

Firma Signature



Asociación de pacientes para un sistema sanitario ampliado antroposóficamente

Pico Almanzor 25
E-28500 Arganda del Rey

Teléfono: 652 39 06 24

secretaria@anthrosana.org.es
www.anthrosana.org.es

© 2011 anthrosana en españa

Testamento Vital Patient's Decree

Apellidos Surname

Nombre First name

Población City/Town

Dirección Street address

Fecha de nacimiento Date of birth

Grupo sanguíneo Blood group

Alergias Allergies

Pido a todos los facultativos que me traten, que respeten en toda circunstancia mi derecho a disponer libre y autónomamente de mi voluntad. Si por enfermedad o accidente, se viera disminuída o anulada mi facultad de juicio y de decisión, debe ser respetada de forma expresa mi voluntad en lo concerniente a los siguientes puntos*:

- Pido la omisión de actuaciones médicas que conducen a prolongar artificialmente mi agonía y sufrimiento.
- No autorizo experimento alguno, tampoco análisis de genoma ni otras pruebas de cara a la investigación, así como tampoco fotografías o demostraciones con mi cuerpo difunto o agonizante.
- No quiero dar ni recibir órganos ni partes de estos.
- No autorizo autopsia excepto en los casos exigidos por la ley.
- No quiero sedación terminal con morfina o similares en la fase final de la vida.

* Os es posible en todo momento añadir o borrar una cláusula.

Autorizo y comprometo a los médicos y personal sanitario a dar, lo antes posible, información completa sobre mi estado a las personas designadas en este documento y a incluirlas en toda decisión, excepto en las medidas de urgencia. Libero así del secreto profesional a todo médico y asistente de cara a estas personas.

Respecto a la instauración o interrupción de un tratamiento, hay que respetar únicamente la decisión de las dos personas por mí delegadas.

Doy gracias a los que me rodean por sus cuidados y dedicación, quienes conscientes de la dimensión espiritual que reviste este tránsito, me acompañan con sus oraciones y pensamientos y velan por una muerte digna, teniendo en cuenta que la llamada «muerte cerebral» no es lo último sino el comienzo de la agonía.

I request that all attending physicians respect my personal autonomy at all times. Should my faculties of judgement and decision be impaired due to injury or disease, my will is to be absolutely obeyed in the following points:

- I do not want measures that prolong suffering and dying to be taken.
- On no account do I permit research or instructional experiments on, examinations (including genome analysis) or photographs of my dead or dying body.
- I do not wish to receive or donate an organ or any part thereof.
- I consent to an autopsy only in those cases prescribed by law.
- I do not want terminal sedation with morphine or similar in the end phase of my life.

All attending physicians and medical aides are empowered and bound by me to inform the confidants named below as early and completely as possible about my condition and to include them in any and all decisions to be made (emergency aid excepted). I release them herewith expressedly from their professional pledge of secrecy when confronting those granted the power of attorney.

Decisions made by those thus authorized pertaining to measures of treatment or the suspension thereof are to be respected.

For the help and attention bestowed upon me, especially in light of the spiritual and destinal dimensions, as well as for ensuring my dying in a dignified manner after brain death occurs, I thank all those involved.

Lugar y fecha Place, Date

Firma Signature

Carnet válido referente a otorgamiento notarial de Testamento Vital ante Notario:

Apellidos Surname

Nombre First name

Número de protocolo Protocol number

Lugar y fecha Place, Date

Firma Signature