**MODELO TESTAMENTO VITAL**

|  |
| --- |
| **CON EXPLICACIONES DE ALGUNAS TEMÁTICAS** |

**DOCUMENTO DE TESTAMENTO VITAL**

**A LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD**

**Yo** , (nombre y apellido**s,), nacido/a el (** fecha nacimiento**), domiciliado en** (dirección) **, siendo el día (**fecha de otorgamiento del testamento vital)**, con DNI Nº ( poner núm DNI) ,en pleno uso de mis facultades, manifiesto por el presente, las instrucciones anticipadas sobre el destino y cuidados de mi cuerpo, bien deliberados y planeados ,(Si se ha otorgado ante notario poner: manifestadas ante fedatario público, con valor de documento público), para el caso de que, por deteriorarse mi salud, fuera incapaz de expresarme en ese preciso momento , sobre lo que quiero respecto al destino de mi cuerpo una vez se produzca mi fallecimiento.**

A continuación identifico a las **personas que me asistirán** para cumplir su función en la aplicación de mi testamento vital, asistidas, si procede, de abogados y médicos de mi elección .

**Representante (**Opcional pero conveniente**):** Poner nombre, apellidos, DNI y datos de contacto.

**Sustituto/s de representante (**Opcional, pero conveniente**)** / (Si ponéis varios, poner los ordinales 1º, 2º, 3º…y añadir esta frase*:**nombro como sustitutos a los siguientes y por el siguiente orden de preferencia*. (Poner nombre, apellidos, DNI y datos de contacto).

**Médico/**s (opcional pero conveniente**),** que asistan al sustituto, si lo deseáis; si ponéis varios, ídem que para el sustituto: poner ordinales y añadir esta frase: *nombro como médicos y por el siguiente orden de preferencia (* poner nombre, apellidos, DNI y datos de contacto),

**Abogado/s (**opcional pero conveniente**):** ídem que para el sustituto/s

**Notario** (si has otorgado el TV ante notario): Este testamento ha sido otorgado ante notario. Autorizo expresamente a mi representante y a los profesionales sanitarios a obtener una copia auténtica. Poner nombre apellidos y datos de contacto.

**INFORMACIÓN PREVIA SOBRE INCOMPATIBILIDADES A SUSTANCIAS O ALIMENTOS**

**Alimentos o sustancias prohibidas**: Anticipo información sobre de alergias e incompatibilidad respecto a alimentos sustancias y fármacos:

**EXIGENCIA SINE QUA NOM PARA CUALQUIER INTERVENCIÓN**

**Opciones disponibles: En cualquier temática relacionada con mi salud exijo se transmita la información de todas las opciones disponibles, para la dolencia o enfermedad de que se trate y más beneficiosas para la salud de mi ser, en el aspecto físico, emocional y mental,**

**PARTE I INTERVENCIONES MÉDICAS Y/O ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS QUE NO ADMITO BAJO NINGÚN CONCEPTO O, QUE ACEPTO CON CONDICIONES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO**

**¡¡¡¡NOTA GENERAL: Personalizar el contenido del testamento vital según el deseo de cada uno. Las opciones que aquí se presentan son una guía. Se pueden poner otros temas. Sobre los temas aquí expuestos se pueden personalizar las opciones como uno desee!!!!**

|  |
| --- |
| **Transfusiones de sangre y/o hemoderivados** |

**Escoger opción.**

Opción A Prohíbo sobre mi cuerpo transfusiones de sangre y/o hemoderivados y solo acepto plasma marino; si fuera imprescindible, expansores de plasma.

Opción BAcepto transfusiones de sangre con las siguientes condiciones sine qua nom: a) rechazo el acceso al banco de donantes ; b) prohíbo las transfusiones de sangre de personas vacunadas con cualquier vacuna de la covid 19 o vacunas que contengan nanoteconología y sustancias que modifican el genoma humano o sean susceptibles de generar enfermedades autoinmunes y , c) solo admito como donantes a (poner nombre, apellidos, DNI y contacto y c)

(Nota para opción B: elegiremos a quienes sean compatibles con nuestro grupo sanguíneo).

|  |
| --- |
| **Extracción de órganos** |

**Prohíbo la extracción de órganos en mi cuerpo vivo o fallecido.** Si fuere necesario una extracción por lesión irreparable, será obligada la **devolución** de dicho órgano a mi representante o sustituto.

|  |
| --- |
| **Ortotanasia y paliación del dolor. Concepto: ortotanasia:** actuación correcta ante la muerte, permitiendo que ésta llegue de forma natural, a su debido tiempo, sin adelantamientos de la muerte de forma intencionada, ni prolongaciones indebidas de la vida más allá de su momento de muerte natural. Etimológicamente, ortotanasia (del grieto “orthos”= recto, “thanatos” = muerte) se identifica con la muerte digna. |

**Acepto la ortotanasia**. **Para la paliación del dolor prohíbo la administración de medicamentos o sustancias cuyos componentes induzcan o puedan inducir a crear enfermedades autoinmunes, cánceres o que modifiquen el genoma humano.**

**Escoger opción**

Opción A. Sólo acepto el uso del cannabis medicinal única y exclusivamente. Prohíbo otros analgésicos y la utilización de opiáceos, como la morfina.

Opción B. Me administrarán por el siguiente orden de preferencia: 1º) Cannabis medicinal y 2º) Si no fuera suficiente, solo admito analgésicos que estén exentos de sustancias o componentes que induzcan o puedan inducir a crear enfermedades autoinmunes, cánceres y/o modifiquen el genoma humano. Prohíbo la utilización de opiáceos, como la morfina.

Opción C. Me administrarán por el siguiente orden de preferencia: 1º) Cannabis medicinal : 2º) En caso de que no fuera suficiente, analgésicos que estén exentos de sustancias o componentes que induzcan o puedan inducir a crear enfermedades autoinmunes, cánceres y/o modifiquen el genoma humano 3º) Si no fueran suficientes los dos anteriores y solo en caso de dolor neuropático u otros de carácter insoportable, opiáceos en mínima dosis y frecuencia temporal, que solo podrán ser suministrados bajo autorización de mi médico de referencia en acuerdo con mi representante legal.

|  |
| --- |
| **Encarnizamiento terapéutico. Concepto:** Utilización de terapias que no pueden curar al paciente, sino simplemente prolongan su vida en condiciones penosas: |

**Prohíbo el encarnizamiento terapéutico** y el uso de medidas extraordinarias para la prolongación artificial de la vida en caso de muerte inevitable, enfermedad terminal, deterioro cognitivo grave, entre otros. Informen a mi representante de todas las alternativas.

|  |
| --- |
| **Vacunas y terapias modificadoras del genoma** |

Prohíbo la administración de cualquier tipo de vacuna. Prohíbo la administración de cualquier sustancia que modifique mi genoma humano y/o contenga nanotecnología y/o sea susceptible de generar enfermedades autoinmunes. Si el personal sanitario tomara la decisión de administrarlos en contra de mi voluntad, exijo con carácter previo un exhaustivo informe firmado y fechado por el médico sobre la composición de todas las sustancias del medicamento o vacuna, así como una valoración exhaustiva del riesgo y beneficio, y que asuma la responsabilidad sobre las consecuencias en mi cuerpo.

|  |
| --- |
| **Cáncer:** prohíbo y rechazo la radioterapia y quimioterapia.  |

|  |
| --- |
| **Prohibición de estancia hospitalaria** |

Ante situaciones irreparables o que se puedan resolver sin ingreso hospitalario, exijo me trasladen a……… (poner domicilio, centro…).

**PARTE II: INTERVENCIÓN DE MÉDICOS y ABOGADOS DE MI ELECCIÓN, EN LOS PROCESOS DE SALUD.**

|  |
| --- |
| **Abogados** |

Ante cualquier negativa de los profesionales sanitarios a cumplir mis instrucciones, ante situaciones interpretativas a nivel legal, ante cualquier procedimiento, proceso, ya administrativo, ya judicial, iniciado por las vías de hecho o derecho, por profesionales sanitarios, exijo que mi representante o sustituto actúen al amparo de la defensa técnica del abogado/s designado/s en el encabezamiento.

|  |
| --- |
| **Médicos** |

En caso de intervención médico/hospitalaria, si los médicos del centro hospitalario no responden a mi criterio y voluntad, mi médico/s designado/s en el encabezamiento participará/n y supervisará/n el protocolo de dicha intervención.

Rechazo de forma expresa ser atendida por los siguientes profesionales sanitarios…………..

**PARTE III DISPOSICIONES SOBRE HIJOS MENORES DE EDAD Y RECIEN NACIDOS**

|  |
| --- |
| **Hijos menores de edad** |

Este apartado está pensado para los casos en que se quieran expresar instrucciones respecto a los hijos menores de edad, ante la circunstancia **de muerte de AMBOS PROGENITORES** **o que queden, AMBOS, en situación incapacitante para ejercer la patria potestad.** En este punto es importante, al redactar el testamento vital que te pongas **de acuerdo con tu pareja o cónyuge** para que las instrucciones sean coincidentes.

**Nombramiento tutor/es para los hijos:** rechazo la tutela automática de la Administración y nombro como tutor/es de los mismos a: **Poner nombre y apellidos, DNI, contacto, y orden de preferencia mediante asignación de ordinales** Ejemplo: 1º)Jesús Rodríguez Pérez y Ana García Sol, mi hermano y pareja… 2º) En su defecto, Teresa Blanco Pérez, mi tía paterna…… 3º)

Regulación del nombramiento de tutor: artículos 199 y ss del Código civil.

El nombramiento de tutor en documento público notarial es vinculante, incluso para el juez (salvo que el Juez , motivadamente, tuviera razones para considerar que no es idóneo el tutor o tutores). Por tanto, si el testamento vital lo otorgamos ante notario, nuestro testamento vital se convierte en documento público y se le atribuye, al nombramiento de tutor, los efectos previstos en el Código Civil:

Es posible designar **varios tutores** para que ejerzan **conjuntamente** la tutela. Tenéis la opción de que, si nombráis varios, podáis ordenar que la tutela la ejerzan de forma **solidaria,** esto es, que lo que uno de los tutores decida vincule a todos los tutores designados. Si no expresáis nada se presume que la designación es de ejercicio conjunto. También tenéis la opción de designar tutor/es para **la persona y tutor/es para el patrimonio** de vuestro hijo. ES posible nombrar a una Asociación o Fundación como tutor, siempre que no tenga ánimo de lucro y tenga como fin la protección de los menores.

**Instrucciones a los tutores para el cuidado de los menores**

Prohíbo que a mis hijos se le administren vacunas. También prohíbo que se le suministren medicamentos o sustancias cuyos componentes contengan nanotecnología, modifiquen el genoma humano, induzcan o puedan inducir a enfermedades autoinmunes, cánceres o graves daños p ara su salud.

Exijo que, en cualquiera de los casos indicados, si el tutor discrepara de mi voluntad o bien el personal sanitario o la Administración, plantearan cualquier tipo de procedimiento para imponer la administración de esas tipo de sustancias, el médico debe emitir, antes de la administración o suministro, un previo informe que contenga los siguientes extremos: composición, seguridad y eficacia. Solo se administrará la sustancia en caso de que el informe asegure la inexistencia de riesgo para la salud o vida de mi hijo, y la real eficacia, asumiendo el médico la responsabilidad sobre las consecuencias en el cuerpo de mi hijo/a.

|  |
| --- |
| **Embarazo, nasciturus, parto e hijo recién alumbrado.** **Concepto de nasciturus: es el concebido y no nacido.** |

**Prohíbo y desautorizo que a mi hijo/a recién nacido le sea administrada cualquier tipo de vacuna.** Además, cualquier medicamento o sustancia cuyos componentes contengan nanotecnología, modifiquen el genoma humano, induzcan o puedan inducir a enfermedades autoinmunes, cánceres o graves daños para su salud. Informen de todas las alternativas.

Exijo que, en cualquiera de los casos indicados, si el personal sanitario o la Administración, plantearan cualquier tipo de procedimiento para imponer la administración o suministro de ese tipo de sustancias, que el médico emita un previo informe que contenga los siguientes extremos: composición, seguridad y eficacia. Solo se administrará en caso de que el informe asegure la inexistencia de riesgo para la salud o vida de mi hijo, y la real eficacia, asumiendo el médico la responsabilidad sobre las consecuencias en el cuerpo de mi hijo/a.

**En caso de fallecimiento intrauterino o perinatal**, el cuerpo de mi hijo será entregado a (poner nombre, apellidos, DNI, y datos de contacto)……… para su enterramiento ( o incineración). Se le pondrá el nombre de (poner el nombre del nasciturus)…….

Actualmente se permite poner nombre a los nasciturus e inscribirlos en el Registro Civil si se cumplen seis meses de gestación. Concepto de fallecimiento perinatal: hijo que nace, pero sin vida., en contraposición a fallecimiento intrauterino. En caso de fallecimiento intrauterino se permite poner nombre al niño e inscribirlo en el Registro civil, a partir de los seis meses de gestación

**En caso de conflicto entre mi vida y la de mi hijo/concebido y con viabilidad para nacer y vi**vir de forma sana y saludable, prevalecerá la vida de mi hijo, si los esfuerzos médicos a realizar sobre mí son desproporcionados y no garantizan mi supervivencia. En cualquier caso la decisión final, según las circunstancias del caso, la tomará mi representante o sustituto

**Para el parto: Me remito al plan de parto.**

**Explicación: En la sanidad pública existe el llamado plan de parto, que será bueno cubrir tan pronto se sepa de la existencia de embarazo. Link del plan de parto:**

<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2551-es.pdf>

El plan de parto te permite elegir diversas opciones en los más variados temas: acompañamiento, anestesia, postura para dar a luz, atención al menor recién nacido ( higiene, vacunas, vitamina K , higiene,, lactancia, etc), placenta, cordón umbilical etc.

Para cubrir este plan **es fundamental que cuentes con el consejo de un profesional médico de tu confianza que te ayude a elegir entre las diferentes opciones**. Él te explicará todas las cuestiones sanitarias que constan en el plan de parto.

|  |
| --- |
| **Reconocimiento de paternidad** |

Este apartado solo es para los padres que quieran anticiparse a reconocer su paternidad ante la eventualidad de que puedan fallecer  **antes o al mismo tiempo de que sus hijos nazcan** y no puedan reconocer expresamente la paternidad.

**No es posible en el testamento vital reconocer una paternidad “potencial”,** es decir, manifestar que serás el padre de los hijos concebidos por tal mujer……;

Pero ¿cómo actuar para el reconocimiento de la paternidad futura?: Hay una diferencia entre filiación matrimonial ( padres casados) y no matrimonial ( padres no casados):

*Cuando hay matrimonio de los padres, l*a ley ( art. 116 Código Civil), establece una **presunción de paternidad para aquellos hijos que nacen después del matrimonio y antes de los 300 días siguientes a su disolución:** **La muerte provoca la disolución del matrimonio. Por** ello en caso de fallecimiento del progenitor paterno, no hay ningún problema para que figure como padre, aunque haya fallecido antes de que el niño nazca o cuando haya nacido.

*Cuando no hay matrimonio entre los padres*, esa presunción no existe. Por ello, aquellos padres que quieran anticiparse a reconocer la paternidad durante la gestación de la mujer, la mejor **garantía es un documento público**: **acudir el padre y la madre al notario y reconocer la paternidad ante notario. Este documento servirá para la futura inscripción de la paternidad**, para el caso de que el padre fallezca, sin haber podido reconocer o declarar la paternidad ante el encargado del registro civil . Si ella está embarazada cuando estáis otorgando el testamento vital ante el notario, aprovechar el trámite para reconocer la paternidad.

**PARTE IV RESPONSABILIDAD**

Exijo el estricto cumplimiento de mis instrucciones, ya que reniego de que decidan sobre mÍ otras personas que no sean mi representante (o sustituto), debidamente asistidos y asesorados por médico y abogado de mi elección, si fuera necesario conforme a lo expresado en el apartado II.

Los profesionales sanitarios que me atiendan deben informar a mi representante(o sustituto) de todas las consecuencias de las intervenciones sobre mi cuerpo., quien otorgará el consentimiento informado o denegará tal consentimiento, una vez obtenida toda la información sobre riesgos/beneficios de la intervención que se pretenda sobre mi cuerpo. **Y, siempre, de todas las opciones alternativas disponibles y más beneficiosas para la salud integral de mi ser.** En caso contrario se ejercitarán todas las acciones legales procedentes para depurar responsabilidades de todo tipo.

Ningún profesional médico podrá excusarse del cumplimiento de mi voluntad por desconocimiento ya que, además de haber otorgado mi testamento vital y encontrarse inscrito en el Registro Gallego de Instrucciones previas, autorizo expresamente a los sanitarios el acceso a dicho registro, acceso que ya está contemplado legalmente.

**PARTE V CRITERIOS VITALES**

Manifiesto de forma indubitada que la Ley Natural es Suprema e Inmutable y debe ser el único sustrato del Derecho positivo que se me aplique a la hora de interpretar mi testamento vital. Conforme a dicha Ley Natural: debe respetarse mi libertad sin daño a tercero; se prohíbe robar. Mi cuerpo es mío.

Soy un Ser soberano y Libre que lleva inscrita en su ser dicha Ley Natural.

Requiero e intereso solo aquellos tratamientos que me permitan mantener la conciencia de mí mismo en el mayor grado posible.

Todos los seres vivos deben ser respetados y están interconectados con y por la Fuente de Vida. Por ello, cualquier decisión clínica no contemplada de forma expresa, antes de que se lleve a cabo, será comunicada y consultada con mi representante, asesorado por el médico por mi designado, cuya decisión prevalecerá en cualquier caso. Dichas decisiones sobre mí serán materializadas en informe escrito y suficientemente motivado y firmado por quien las tome. Dicho informe será entregado a mi representante, abogado y médico.

Deseo vivir el proceso de mi enfermedad y muerte de forma natural y en paz, y con la menor intervención médica. Preferiblemente en mi domicilio

**PARTE VI INSTRUCCIONES POST MORTEN**

Sobre autopsia: mostrad vuestra oposición a la autopsia o aceptación de autopsia, teniendo en cuenta que a pesar de la negativa, un juez puede ordenarla si entiende que hay sospechas de muerte violenta. Si la aceptáis podéis poner que rechazáis determinados tipos de autopsia: por ejemplo, la que desfigure el cadáver.

Sobre incineración o enterramiento (elegir opción y poner todos los detalles que deseéis para estos actos).

Sobre asistencia espiritual

Sobre extracción de órganos: indicar si aceptáis o rechazáis, o si se acepta la donación para determinadas personas. Aunque ya se ha puesto al comienzo, insistir, dado que legalmente una vez fallecidos somos donantes potenciales si no nos oponemos expresamente.

**PARTE VII DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA**

En apoyo de las instrucciones que otorgo como testamento vital, aporto los siguientes estudios científicos….

Poner links o enlaces….

Lugar y fecha Firma del otorgante

 Firma de testigos

 (en caso de haber elegido esta modalidad)

|  |
| --- |
| **Domo Acción Galicia no se hace responsable del uso indebido de este documento** y aconseja, ante las dificultades o dudas, sobre el contenido del testamento vital o los pasos a dar ante la Administración, acudir a un profesional del Derecho para la ayuda que se pudiera precisar en la materialización del testamento vital. |