

Deseos Kayrós

Para facilitar Procesos de Planificación Compartida de la Atención



kayrós

conversaciones que ayudan

Autoría

F. Javier Júdez Gutiérrez

Médico

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos

Investigador principal del proyecto “KAYRÓS”*

Murcia. Servicio Murciano de Salud

Nani Granero Moya

Enfermera

Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén

Marina Gandía Herrero

Médica

Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia. Servicio Murciano de salud

Nuria Pérez de Lucas

Médica.

Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria del Sureste

Madrid. Servicio Madrileño de Salud

Documento descargable en:

<https://www.escueladesaludmurcia.es/escuelasalud/mantenersalud/planificacionCompartidaAtencion.jsf>

*Investigador principal: PI06/90047, PI08/2030, BAE08/90070 (ISCIII)

*Proyectos FFIS/CM09/013 y FFIS- CM08/09-IIC cofinanciados por la FFIS y Caja Murcia

DESEOS KAYRÓS está pensado para promover la comunicación de cara a afrontar enfermedades crónicas avanzadas o graves y el final de la vida en España.

Se inspira, en 2014, en el documento de instrucciones previas “Five Wishes” (© 2014 Aging with Dignity. Todos los derechos reservados), traducido al menos a 29 lenguas, incluido el español, pero en versión destinada al contexto social y legislativo de EE.UU.

Partes de “Five Wishes” han sido utilizadas en DESEOS KAYRÓS con permiso de Aging with Dignity (<https://agingwithdignity.org/five-wishes/>).

Deseos Kayrós

Como profesionales que hemos desarrollado este documento, permite que compartamos, en este umbral, lo que nos mueve.

Deseos KAYRÓS (DKs) aspira a fomentar espacios que faciliten y reflejen sus deliberaciones sobre decisiones difíciles. Con ello quiere destacar la importancia de cuidar y acompañar aquello que nos hace humanos: nuestras decisiones y cómo llegamos a ellas. También cómo las cambiamos en función de las circunstancias que nos toca experimentar o sufrir, como a lo largo de una trayectoria de enfermedad crónica avanzada o que amenaza la vida. Por eso DKs se inserta dentro de la cultura de la Planificación Compartida de la Atención (PCA) que ayuda a vivir mejor la enfermedad y el morir.

La PCA acompaña la exploración del sufrimiento producido por las enfermedades y la toma de decisiones relevantes, combinación de aspiraciones de supervivencia, funcionalidad y confort. Necesitamos apoyos para compartir las deliberaciones que nos exige vivir la vida que nos toca y afrontar la enfermedad que, a menudo, nos lleva a reformular las expectativas que teníamos y modular la intensidad de tratamiento en función del objetivo asistencial perseguido. No hay tiempo que perder. Se nos va la vida pensando que es demasiado pronto hasta que es demasiado tarde. No desaproveche el tiempo oportuno para tener conversaciones que ayudan.

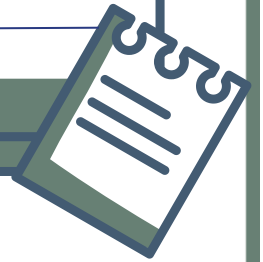
¿Quién soy yo?

Nombre: _____

DNI: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección: _____



SOBRE MÍ

Contenidos

01	PLANES COMPARTIDOS QUE AYUDAN ¿Qué es importante para usted?
02	¿CÓMO PUEDEN AYUDARLE A USTED Y SUS SERES QUERIDOS LOS DESEOS KAYRÓS?
03	¿QUIEN PUEDE COMPLETAR LOS DESEOS KAYRÓS?
04	¿SE PUEDEN CAMBIAR LOS DESEOS KAYRÓS?
05	DESEOS KAYRÓS 1 Elegir al representante
10	DESEOS KAYRÓS 2 ¿Qué tratamientos quiero y no quiero?
19	DESEOS KAYRÓS 3 Cuidados de confort que quiero recibir
23	DESEOS KAYRÓS 4 ¿Cómo quiero que me cuiden?
26	DESEOS KAYRÓS 5 ¿Qué quiero que mis seres queridos sepan?
28	DESEOS KAYRÓS 6 Otros deseos importantes
32	ANEXO AUTONÓMICO CONFORMIDAD
33	ACEPTACIÓN DEL/LA REPRESENTANTE
34	ACEPTACIÓN DEL/LA SUSTITUTO/A DEL REPRESENTANTE
35	FIRMA DE TESTIGOS





Existen muchas cosas en la vida que no podemos controlar. Usted ha comenzado un proceso de planificación compartida de su atención (PCA) que pretende ayudarle a reflexionar y afrontar algunas cosas realmente importantes que no deberían estar “fuera de control” cuando se encuentre en una situación grave. Parte de este proceso de planificación requiere que registremos y documentemos sus deseos, pero, eso sí, no vamos a considerarlos como algo inmutable o rígido. Es decir, que a pesar de que usted los haya expresado para un determinado contexto, siempre se tendrá en cuenta su situación y preferencias para el momento en que sea preciso tomar las decisiones sanitarias que le afecten.

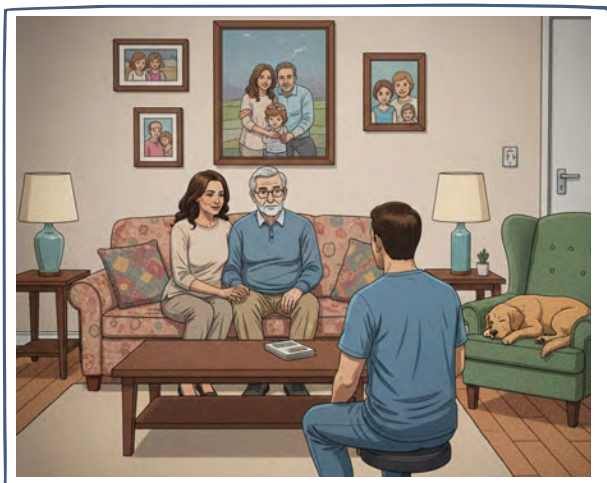
¿QUÉ ES IMPORTANTE PARA USTED?

Los DESEOS KAYRÓS (DKs) aspiran a ayudarle a pensar sobre algunas situaciones previsibles en distintas trayectorias de enfermedad, y en algunos hitos o “líneas rojas” que son importantes para usted. También aspiran a ayudarle a tomar decisiones y a expresarlas y compartirlas con los que le cuidan o cuidarán. De este modo servirán también para que, en el sistema de salud, conozcan qué cosas son las que le importan en esos momentos de dificultad y ajusten las decisiones para su cuidado de acuerdo con ellas.

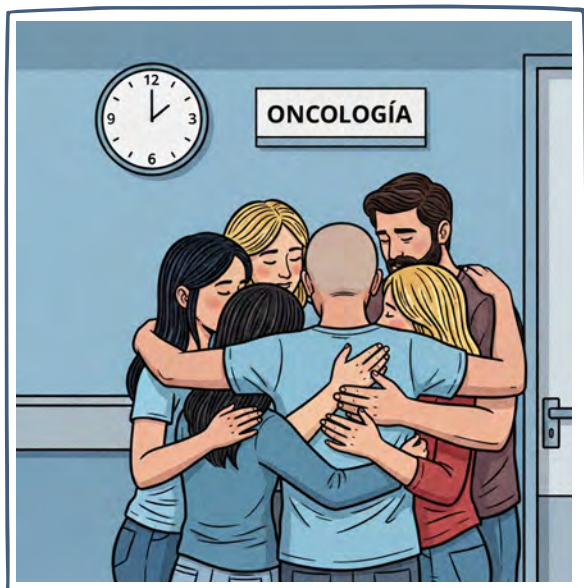
Conviene, pues, apresurarse no sólo porque a cada instante estamos más cerca de la muerte, sino también porque cesa con anterioridad la comprensión de las cosas y la capacidad de acomodarnos a ellas.

Marco Aurelio

¿Cómo pueden ayudarle a usted y a sus seres queridos los DESEOS KAYRÓS?



El registro de sus deseos, criterios y/o decisiones en los DKs ayudará a sus familiares y personas significativas para usted a saber qué quiere y, probablemente, les quitará angustia y preocupación a la hora de tomar decisiones en esas circunstancias ya que tendrán la tranquilidad de estar respetando sus preferencias.



Los DKs son una parte más del proceso de planificación compartida de su atención (PCA). Van a permitir registrar sus deseos, criterios y decisiones acerca de cómo quiere ser tratado en caso de encontrarse seriamente enfermo para que esta información llegue a los profesionales que le atienden.



Los DKs le permitirán hablar con sus seres queridos de asuntos realmente importantes pero difíciles de compartir. Esto, probablemente, será beneficioso, tanto para usted como para sus familiares y amigos, que en muchas ocasiones pueden no saber cómo ayudarle.

¿Quién puede completar los DESEOS KAYRÓS?



Todas las personas pueden, en cualquier momento de su vida, reflexionar sobre lo que les gustaría para cuando lleguen los momentos en que la salud se pierde y se transita por el lado nocturno de la vida.

Aunque, para poder completar los deseos Kayrós, será necesario ser **mayor de 18 años y tener capacidad para tomar decisiones.**



Los DKs no son indicaciones rígidas sino que pueden ser cambiadas en cualquier momento, cuando usted lo desee. Solo tendrá que decirlo y, si así lo quiere, volver a completar un nuevo documento DKs, si es que los cambios son significativos. Y siempre se podrá actualizar.



No olvide hablar sobre estos deseos con sus seres queridos, especialmente con la persona que designe como representante, tantas veces como sea necesario y según vayan cambiando las circunstancias.



Y recuerde que es importante comentar con los profesionales que le atienden si se ha producido algún cambio en sus deseos o decisiones y que puedan conversar sobre ello. Así, se podrán incorporar las nuevas situaciones a su historia clínica con el objetivo de tener actualizadas siempre sus instrucciones.

¿Se pueden cambiar los DESEOS KAYRÓS?

DKs 1



Voy a elegir a la persona que será mi representante cuando yo no pueda decidir por mí mismo/a

La persona que yo escojo para que me represente en caso de encontrarme en una situación en la que no pueda decidir es:

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección: _____



No olvide comunicar su elección a la persona y comience a hablar con ella de esas cosas que le preocupan o que son importantes para usted.

Si yo no soy capaz de tomar decisiones, este documento va a señalar a la persona que lo hará por mí. Esta persona será mi representante para las decisiones de salud en caso de no poder expresarme yo y es la responsable de que mis deseos sean respetados en esas circunstancias.

DKs 1



Voy a elegir a la persona que **sustituirá a mi representante** en caso de que no esté disponible

Y si la persona nombrada anteriormente no está disponible, me gustaría que decidiese por mi:

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Teléfono de contacto: _____

Dirección: _____



No olvide comunicar su elección a la persona y comience a hablar con ella de esas cosas que le preocupan o que son importantes para usted.

DKs 1

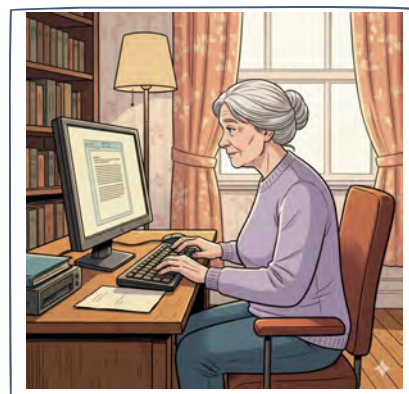


Instrucciones para el/la representante

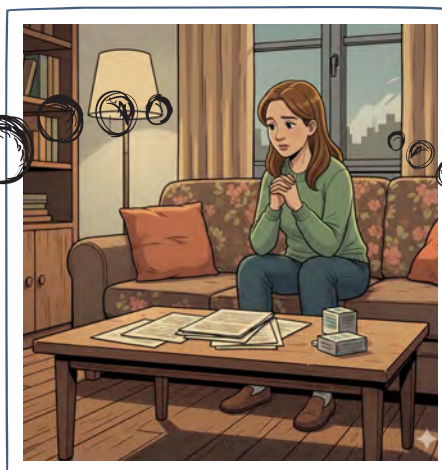
Comprendo que mi representante va a tomar decisiones por mí en relación con la atención sanitaria. Pensando en el grado de autoridad con el que quiero que tome decisiones, deseo que:

☐

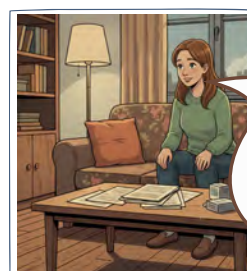
Se ciña lo más posible a las instrucciones que yo estoy dejando por escrito.

☐

Interprete con su mejor y más leal saber cualquier instrucción o deseo dejado por mí de manera escrita o verbal.

☐

Trate de promover una decisión que respete mis valores.



No hubiese querido pasar por esto, yo sé lo que le hubiese gustado

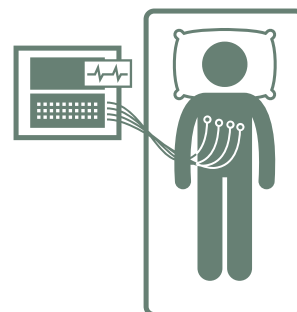
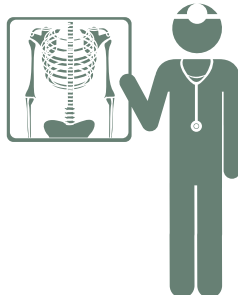
DKs 1



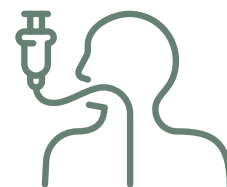
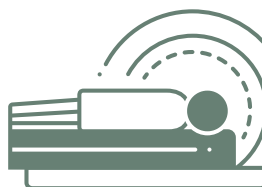
Instrucciones para el/la representante

☐

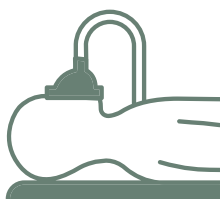
Deseo que decida por mí respecto a atenciones poco agresivas como analíticas, pruebas diagnósticas o tratamientos médicos sencillos.

☐

Deseo que decida por mí sobre medidas más agresivas como ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos o tratamientos invasivos, incluyendo la hidratación o la nutrición artificial.

☐

Deseo que decida por mí si retirar o no iniciar tratamientos, aunque ello pueda suponer un acortamiento de mi supervivencia.



DKs 1



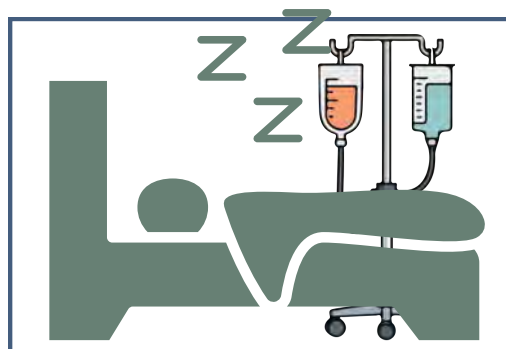
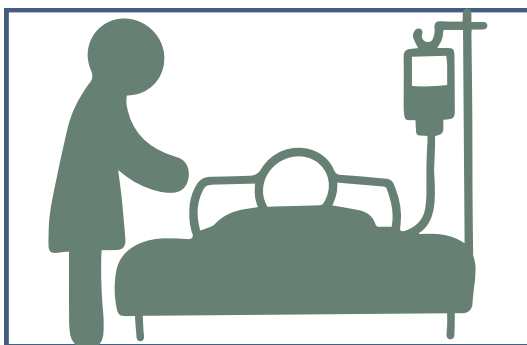
Instrucciones para el/la representante

☐

Deseo que decida por mí, respecto a iniciar o no maniobras de reanimación cardiopulmonar.

☐

Deseo que decida por mí la intensidad del tratamiento paliativo, incluyendo la sedación terminal si fuera necesaria para paliar mis síntomas.



Escriba a continuación cualquier otra cosa que desee en relación con la actuación de su representante:

Todas las decisiones se tomarán una vez valoradas las circunstancias y teniendo en cuenta las instrucciones que se hayan otorgado previamente, por escrito o en las diferentes conversaciones mantenidas entre la persona y su representante.

A cartoon illustration of a man with a beard and brown hair, wearing a blue button-down shirt and dark trousers. He is standing in a room with large windows, pointing his right hand towards a whiteboard. The whiteboard displays several hand-drawn medical diagrams: a box labeled 'PAINKILLERS', a syringe, a box labeled 'ANTIBIOTICS', and a box labeled 'VACCINES'. A small potted plant sits on a table next to the whiteboard.

Deseo elegir los tratamientos
que quiero y los que no quiero

Cuando completo este documento:

No tengo ninguna patología que comprometa mi vida y hago reflexiones “por si acaso” surgiera alguna circunstancia imprevista que amenace mi vida y yo no me pudiera expresar.

Me han diagnosticado una enfermedad crónica o grave, que puede suponer algunas amenazas para mi vida en un plazo de tiempo más o menos largo.

En concreto, me preocupa el diagnóstico de:



A lo largo de mi enfermedad y de las amenazas o preocupaciones que se me planteen espero poder aclarar mis deseos, criterios y decisiones en relación con el tipo de tratamiento que quiero o no quiero recibir.

El/la profesional sanitario puede consultar propuestas para las diferentes trayectorias de enfermedad en “Plan de PCA de la región de Murcia”:



Por si me encuentro muy enfermo/a y no soy capaz de expresarme por mí mismo/a, expreso a continuación esos deseos, criterios y decisiones para que se respeten por quienes me cuidan y se sigan las directrices de mi representante.

DKs 2



Instrucciones

A continuación, voy a enumerar una serie de medidas que han de administrárseme o no en relación con tres situaciones de enfermedad diferentes:

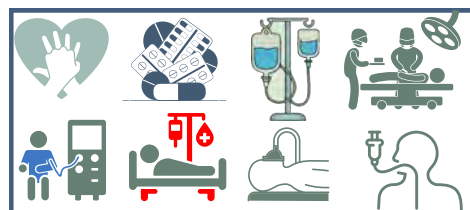
1



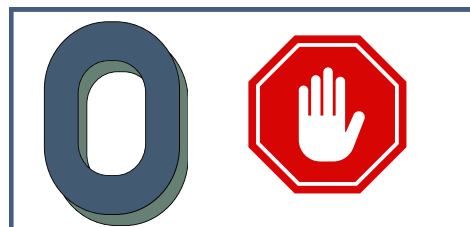
Si estoy en una **etapa de enfermedad terminal** (pocos meses le quedan a mi vida) o **muy cerca de la muerte** (agonía) y **no se espera que me recupere**:

☐

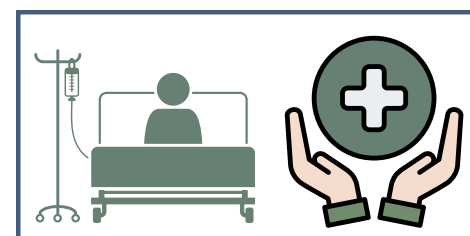
Deseo todas las medidas para mantener mi vida.

☐

No quiero ninguna medida para mantener mi vida. Y si se ha iniciado alguna, deseo que sea retirada.

☐

Deseo medidas que mantengan mi vida si los profesionales piensan que me ayudarán.

☐

Si las medidas aplicadas **NO** me ayudan y esto se aprecia tras un tratamiento de prueba, deseo que sean retiradas.



DKs 2



Instrucciones

1

☐

Deseo ser sedado para permanecer inconsciente hasta que muera si no se puede controlar algún síntoma que me genera un sufrimiento insoportable.

☐

Deseo que se aplique la ayuda médica para morir según la LORE si, como consecuencia de mi enfermedad grave o incurable, padezco un sufrimiento insoportable.

☐

Otras consideraciones en relación con mi enfermedad:

DKs 2



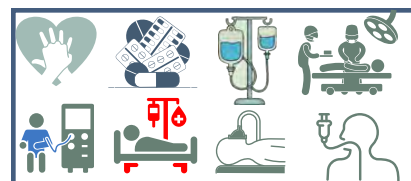
Instrucciones

2

Si me encuentro **en coma** o con **una alteración grave de mi conciencia** (por ejemplo, soy capaz de abrir los ojos pero no puedo hablar o entender) y **no es esperable la recuperación**:

☐

Deseo todas las medidas para mantener mi vida.

☐

No quiero ninguna medida para mantener mi vida. Y si se ha iniciado alguna, deseo que sea retirada.

☐

Deseo medidas que mantengan mi vida si los profesionales piensan que me ayudarán.

☐

Si las medidas aplicadas **NO** me ayudan y esto se aprecia tras un tratamiento de prueba, deseo que sean retiradas.

☐

Deseo que se aplique la ayuda médica para morir según la LORE.

☐

Otras consideraciones en relación con mi enfermedad:

DKs 2



Instrucciones

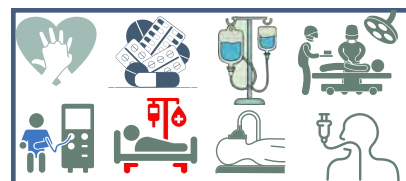
3



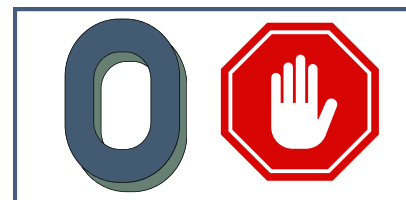
Si me encuentro en una situación de **dependencia física permanente** o **con síntomas físicos o psicológicos intensos**, y **no es esperable mi recuperación**:

☐

Deseo todas las medidas para mantener mi vida.

☐

No quiero ninguna medida para mantener mi vida. Y si se ha iniciado alguna, deseo que sea retirada.

☐

Deseo medidas que mantengan mi vida si los profesionales piensan que me ayudarán.

☐

Si las medidas aplicadas **NO** me ayudan y esto se aprecia tras un tratamiento de prueba, deseo que sean retiradas.

☐

Deseo que se aplique la ayuda médica para morir según la LORE.

☐

Otras consideraciones en relación con mi enfermedad:

DKs 2

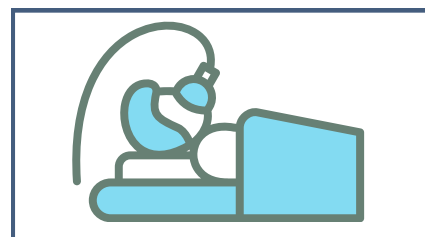


Instrucciones

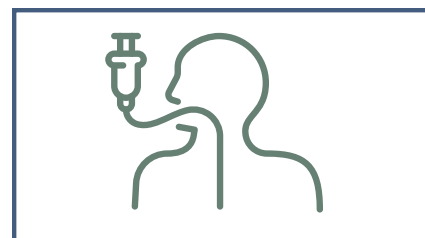
Si usted es el profesional sanitario responsable de mis cuidados ha de saber qué tratamientos considero que son de soporte vital o para mantener la vida y cuales desearía (marque lo que se ajuste a sus ideas):

☐

Tecnología que me ayude a respirar.

☐

Alimentos o líquidos administrados mediante sondas.

☐

Maniobras de reanimación cardiopulmonar.

☐

Procedimientos de cirugía mayor.



Recuerde la conveniencia de hablar sobre estos temas, especialmente con su representante.

DKs 2



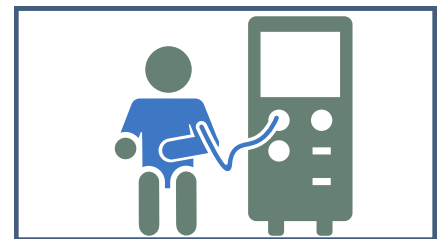
Instrucciones

☐

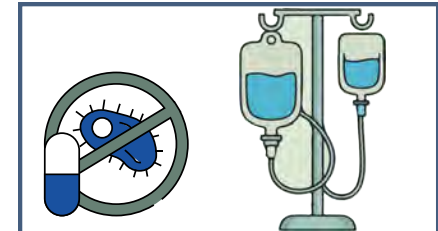
Transfusión sanguínea.

☐

Diálisis.

☐

Antibióticos.

☐

Cualquier otro procedimiento que mantenga mi vida artificialmente:



Recuerde la conveniencia de hablar sobre estos temas,
especialmente con su representante.

DKs 2

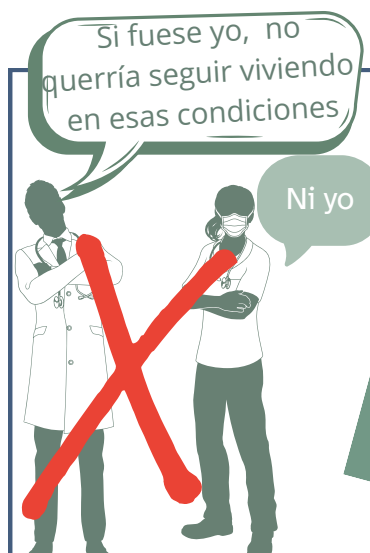


Instrucciones

Si usted es el profesional sanitario responsable de mis cuidados ha de tener en cuenta lo siguiente (marque lo que desee):

☐

No quiero que se deje de aplicar o se retire ninguna medida indicada basándose en juicios subjetivos de los profesionales sobre mi calidad de vida.

☐

Deseo que me administren el tratamiento analgésico necesario para no sufrir dolor aunque ello suponga que esté más adormilado o duerma más de lo que lo haría sin ese tratamiento.



Recuerde la conveniencia de hablar sobre estos temas, especialmente con su representante.

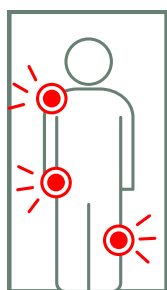
DKs 2



Instrucciones

☐

Deseo que, en circunstancias que me produzcan un sufrimiento inevitable y no aliviado por alternativas disponibles, mi representante active la prestación de ayuda para morir conforme a la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE).



A día de hoy, identifico estos marcadores que para mí apelan a mi dignidad o considero que generarían un sufrimiento inevitable:

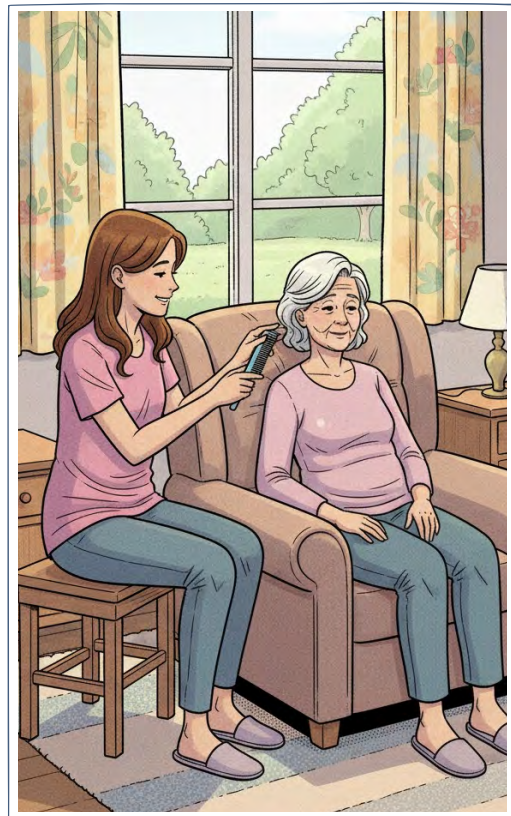
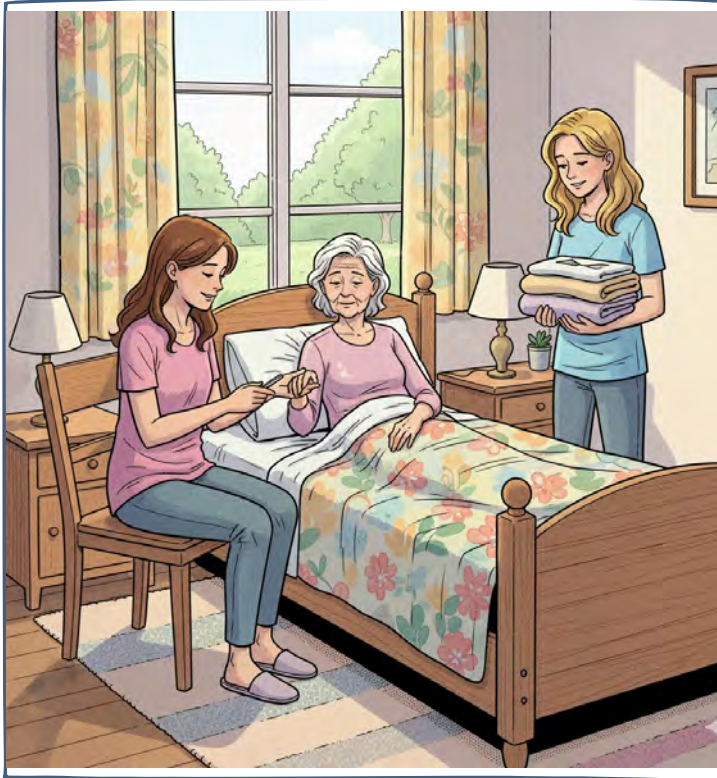
☐☐☐

Recuerde la conveniencia de hablar sobre estos temas, especialmente con su representante.

DKs 3



Cuidados de confort que quiero recibir



Explicaré a continuación cuáles son mis deseos sobre el grado de comodidad que me gustaría tener durante mi enfermedad y los cuidados que pueden ayudar a conseguirlo.

DKs 3



Cuidados de confort que quiero recibir

Si usted es el profesional sanitario responsable de mis cuidados ha de tener en cuenta lo siguiente (marque lo que desee):

☐

Deseo que se me ofrezca bebida o comida por boca.

☐

Deseo que se me mantenga limpio y confortable. Deseo ser bañado-aseado con la frecuencia necesaria para tener la sensación de encontrarme fresco/a y limpio/a el mayor tiempo posible siempre que esto no me cause malestar.



DKs 3



Cuidados de confort que quiero recibir

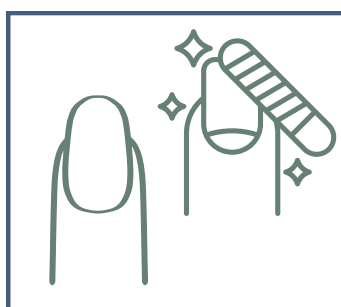
Marque lo que desee:

☐

Deseo que mi piel esté bien hidratada y cuidada.

☐

Deseo que mi pelo, mis uñas y mis dientes sean cuidados en la medida de lo posible.



Escriba a continuación cualquier otra medida de cuidado que desee:

Recuerde la conveniencia de hablar sobre estos temas,
especialmente con su representante.

DKs 3

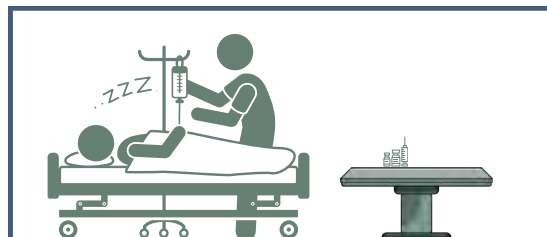


Cuidados de confort que quiero recibir

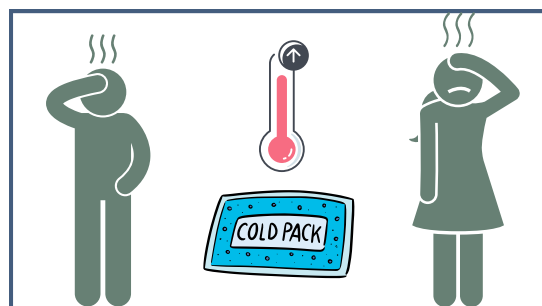
Marque lo que desee

☐

Deseo que me administren el tratamiento analgésico necesario para no sufrir dolor aunque ello suponga que esté más adormilado o duerma más de lo que lo haría sin ese tratamiento.

☐

Deseo que se me alivie con medidas físicas si padezco fiebre (ponerme paños de agua tibia, hidratarme...).

☐

Si muestro síntomas de depresión, alucinaciones, ahogo, vómitos..., deseo que se haga todo lo posible para aliviarlos.

☐

Deseo que se mantengan mis labios y mi boca humedecidos, para evitar la sequedad excesiva.

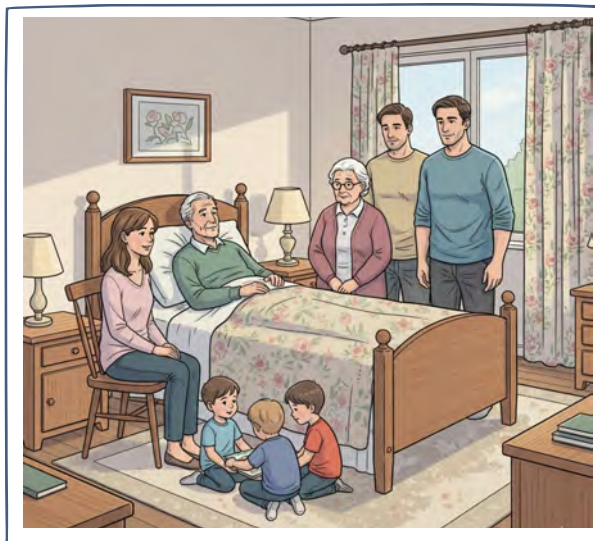


DKs 4

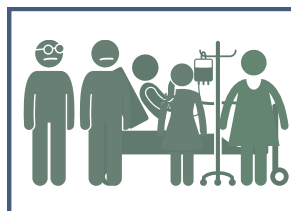


¿Cómo quiero que me cuiden?

Marque lo que desee

☐

Deseo que mis seres queridos estén conmigo todo el tiempo posible, sobre todo si mi muerte se encuentra muy cerca.

☐

Deseo que se tome mi mano y que me hablen aunque parezca que no escucho sus voces.

☐

Deseo que se me trate con amabilidad y ánimo, no con tristeza.

☐

Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación.

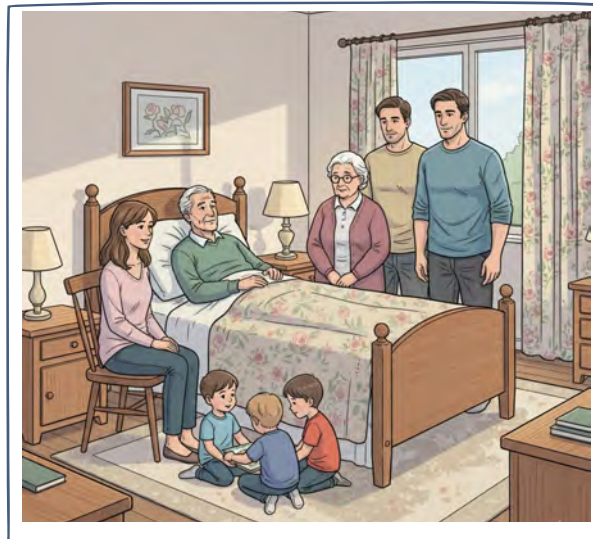


DKs 4



¿Cómo quiero que me cuiden?

Si estoy en la etapa final de mi vida, prefiero ser atendido en (marque lo que desee, puede señalar más de una considerando su situación/evolución):

☐

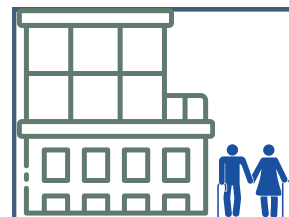
Mi domicilio habitual, siempre que sea posible.

☐

El hospital, si así lo consideran los profesionales y mi representante/ seres queridos están de acuerdo.

☐

Una residencia geriátrica o socio-sanitaria cuando no sea posible garantizar una atención adecuada en mi domicilio.

☐

Donde decidan mi representante, familia o cuidadores.

☐

Me resulta indiferente.



DKs 4



¿Cómo quiero que me cuiden?

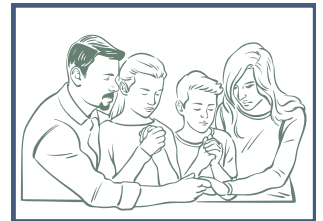
Marque lo que desee

☐

Deseo recibir atención religiosa en el final de mi vida.

☐

Deseo que otras personas, si así lo desean, puedan rezar por mí, a mi lado.

☐

Deseo morir en mi casa/residencia siempre y cuando sea posible.

☐

Deseo morir en el hospital.



Escriba cualquier otro deseo que crea oportuno clarificar o reflejar a partir de las “conversaciones KAYRÓS” que haya podido mantener, especialmente con su representante y otros seres queridos, para las decisiones de salud:

DKs 5



¿Qué quiero que mis seres queridos sepan?

Marque lo que desee

☐

Deseo que mi familia y amigos sepan que los quiero.

☐

Deseo que mi familia, amigos y otras personas me perdonen las veces que los he ofendido.

☐

Deseo que mi familia, amigos y otras personas sepan que les perdono las veces que me han ofendido.

☐

Deseo que los miembros de mi familia se reconcilien entre sí, antes de mi muerte, si es posible.

☐

Deseo que mi familia y amigos sepan que no le temo a la muerte y que para mí no significa el final sino un nuevo comienzo.



DKs 5



¿Qué quiero que mis seres queridos sepan?

Marque lo que desee

☐

Deseo que mi familia y amigos me recuerden como yo era antes de enfermarme gravemente y que así me recuerden después de mi muerte.

☐

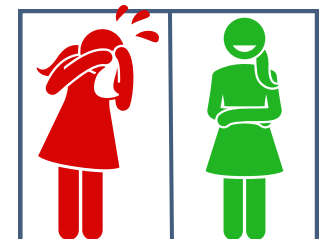
Deseo que mi familia y amigos me proporcionen cuidados siguiendo mis instrucciones, aunque no estén de acuerdo con ello.

☐

Deseo que mi familia y amigos vean en mi muerte un momento de crecimiento personal para todos, incluso para mí.

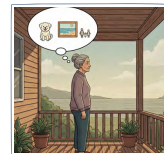
☐

Deseo que mi familia y amigos busquen ayuda si tienen dificultad para aceptar mi muerte. Deseo que el recuerdo de mi vida les traiga alegría y no tristeza.



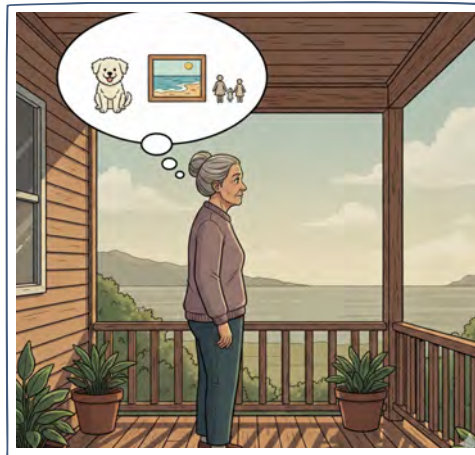
Escriba, a continuación cualquier otro mensaje que quiera que sus seres queridos conozcan:

DKs 6



Otros deseos importantes

Marque lo que desee



Después de mi fallecimiento deseo que mi cuerpo sea:

☐ Enterrado



☐ Incinerado



☐ Donado a la ciencia

☐

Deseo donar mis órganos para trasplantes.

☐

Deseo donar mi cerebro para investigaciones en neurociencias.

☐

Deseo que se realice autopsia si los médicos lo solicitan.



DKs 6



Otros deseos importantes

Marque lo que desee

☐

Si estoy EMBARAZADA en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones discutidas en este documento, mi voluntad es que la validez de este Documento



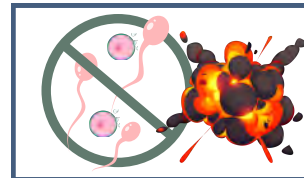
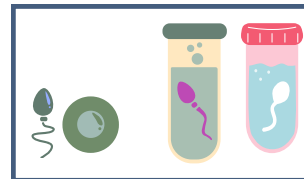
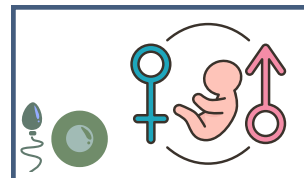
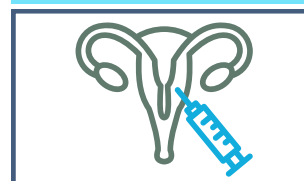
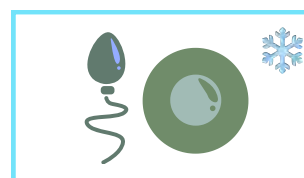
- ☐ QUEDE en suspenso
☐ NO QUEDE en suspenso

hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto.

☐

Destino de óvulos o semen congelados para reproducción asistida tras mi muerte:

- ☐ Acepto la inseminación de mi pareja de hecho o derecho durante los doce meses siguientes a mi fallecimiento.
- ☐ Deseo la donación de mis óvulos/semen con fines reproductivos.
- ☐ Deseo la donación de mis óvulos/semen con fines de investigación.
- ☐ Deseo la destrucción de todos mis óvulos/semen congelados.



DKs 6



Otros deseos importantes

Marque lo que desee

☐

Si el médico/a responsable indicase un tratamiento de carácter experimental, deseo que mi representante o familiares valoren junto al personal facultativo la idoneidad del tratamiento.

☐

Tras mi fallecimiento solo podrá acceder a mi historia clínica (puede marcar cuantos desee):

☐ Mi representante

☐ Mi cónyuge/pareja

☐ Mis hijos/as

☐ Otras personas: _____

Expresamente, no podrán acceder a mi historia clínica las siguientes personas:

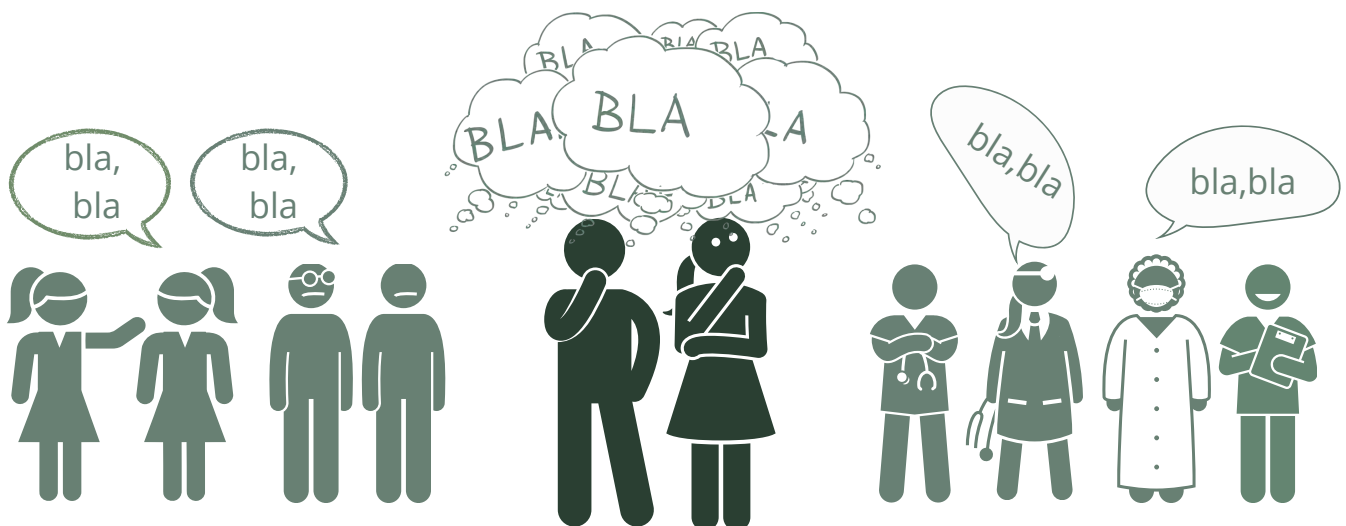


Anote cualquier otro deseo:

Ha completado la cumplimentación de DKs.
No debe ser una actuación aislada ni cerrada.
¡Enhorabuena!



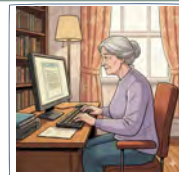
Además de con su representante, hable con sus seres queridos y con los profesionales que le atienden.



Si quiere darle formalidad legal, tiene que realizar el registro siguiendo la instrucciones del anexo autonómico que le corresponda.



Verba volant, scripta manent.



En este anexo se completan los requisitos y pasos formales para registrar este documento en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia*

Conformidad

Yo, _____,
mayor de edad, con DNI/NIE/pasaporte nº _____
y domicilio en C/ _____ de _____
e-mail _____ y teléfono _____

Manifiesto que mediante este documento expreso mis valores y preferencias que habrán de respetarse en mi atención sanitaria para el caso en que yo no pueda expresar mi voluntad por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico.



Firmado

En _____ a _____ de _____ de _____



Representante

Aceptación de la persona elegida como representante

Yo, _____ ,
mayor de edad, con DNI/NIE/pasaporte nº _____ ,
domicilio en C/ _____ de _____ ,
e-mail _____ y teléfono _____ ,
acepto ser representante de _____
para el caso en que no pueda tomar decisiones por sí misma/o.

Asumo que mis funciones son:

- El respeto a la dignidad de mi representado/a.
- Velar para que se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento ha dejado reflejadas en las situaciones clínicas contempladas.
- Considerar los valores, las preferencias y las opciones vitales de la persona a quien represento que se han expresado en este documento y durante el proceso de PCA.
- Respetar las indicaciones de la persona a quien represento en relación con el ejercicio de mi función de representante.



Firmado

En _____ a _____ de _____ de _____



Sustituto/a del/la representante

Aceptación de la persona elegida para sustituir al representante

Yo, _____,
mayor de edad, con DNI/NIE/pasaporte nº _____,
domicilio en C/ _____ de _____,
e-mail _____ y teléfono _____,
acepto sustituir a _____,
representante de _____,
para el caso en que, por alguna razón, no pueda actuar como representante.

Asumo que mis funciones son:

- El respeto a la dignidad de mi representado/a.
- Velar para que se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento ha dejado reflejadas en las situaciones clínicas contempladas.
- Considerar los valores, las preferencias y las opciones vitales de la persona a quien represento que se han expresado en este documento y durante el proceso de PCA.
- Respetar las indicaciones de la persona a quien represento en relación con el ejercicio de mi función de representante.



Firmado

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de testigos

(No puede ser testigo el representante legal nombrado en este documento)

El abajo firmante como testigo, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, declaro que el/la otorgante D/Dña _____ con DNI/NIE/Pasaporte nº _____, es mayor de edad y está capacitado/a para realizar el documento de DESEOS KAYRÓS. Declaro que en mi presencia ha firmado este documento plenamente consciente y sin que se haya podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión. Asimismo declaro que no me une parentesco con el/la otorgante, no existe ningún conflicto de interés ni obtendré beneficio alguno tras su fallecimiento.

Firma del testigo nº1:

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono de contacto: _____

DNI: _____

Firma del testigo nº2:

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono de contacto: _____

DNI: _____

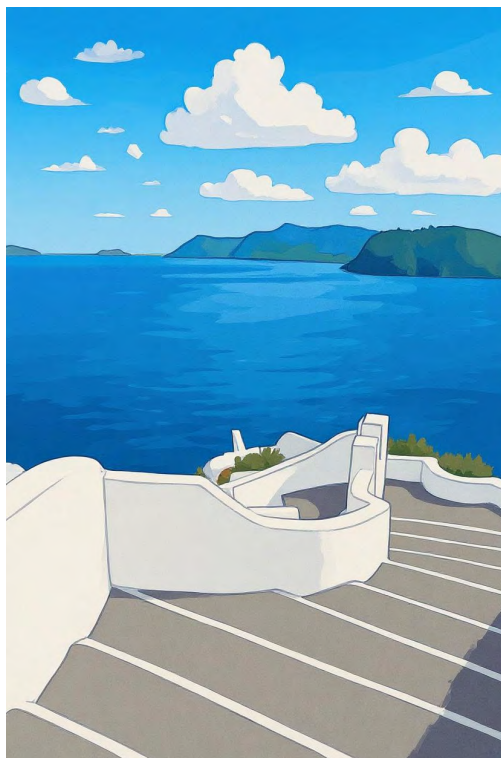
Firma del testigo nº3:

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono de contacto: _____

DNI: _____



kayrós

conversaciones que ayudan

DESEOS KAYRÓS



Con el aval:



1994 - 2026

32

