



F34.PO.04.03
Edición 2

Documento de manifestación de Voluntades





© Lectura Fácil Europa

Logo: Inclusion Europe

Más información en:

<https://www.inclusion-europe.eu/easy-to-read/>

Las Palmas de Gran Canaria, 2025

Esta publicación sigue las pautas y recomendaciones
de la Norma de Lectura Fácil UNE 153101:2018 EX.

Adaptación a Lectura Fácil:

Raquel Cabrera Díaz

Equipo validador:

Omar Alonso Álamo

Shakira Ferrera Falcón

Luz Marina Naranjo Santana



Documento de manifestación de voluntades

En nuestra vida

tenemos que tomar muchas decisiones.

¿Por qué no elegir

sobre como pasar nuestros últimos días de vida?

O decidir sobre los cuidados que queremos,

con antelación,

antes de que no podamos comunicarnos

ni expresarnos.



¿Has pensado en como tu entorno,

por ejemplo, tus familiares

pueden tomar decisiones por ti,

si tú no pudieras hacerlo

por tu estado de salud?

Hay una ley que te da derecho a decidir

sobre cómo cuidar tu salud

cuando estés cerca de la muerte.

Tú eliges.



Qué es el documento de manifestación de voluntades?

El documento recoge
tu voluntad, deseos y preferencias
sobre los tratamientos médicos que quieres recibir
cuando no puedas expresar tu voluntad
por una enfermedad grave
o por vejez.

Dentro de este documento,

Podrás elegir cosas como:

- Decidir si quieres recibir
transfusiones de sangre.



Transfusión de sangre:

Procedimiento médico que consiste
en pasar sangre de una persona
a otra.

Ejemplo:

Emilio perdió mucha sangre en el accidente
y tuvieron que hacerle una transfusión.



- Decidir si quieres donar tus órganos.

- Decidir si quieres alargar tu vida.

Por ejemplo,
que te pongan un respirador
porque tú no puedes respirar.

- Decidir sobre tu funeral y tu entierro.



Manifiesto que soy **mayor de edad**

y quiero que mi voluntad, deseos y preferencias
se tengan en cuenta

ya que este documento lo hago de manera libre,
después de informarme de su contenido.

Marca con una X tu respuesta.



Manifiestar:

Decir algo que es verdad
sobre ti.

Ejemplo:

Yo manifiesto
que tengo 40 años.

Escribe tus datos sobre la línea.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha: _____

Firma: _____



Si tienes un testigo de la decisión de tu vida,
tienes que rellenar este apartado con sus datos:

2. Datos del personal que recoge los datos

Nombre: _____

Apellidos: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Autocuidado.

Marca con una X tu respuesta.



1. ¿Quiero usar dentadura?



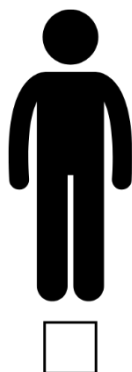
Sí
☐

No
☐



2. Quiero que me atienda un profesional...

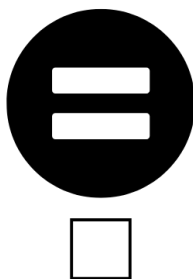
Hombre



Mujer



Me da igual



3. ¿Quiero usar pañal?



Sí
☐

No
☐



4. ¿Quiero compartir habitación?



Sí

☐

No

☐

6. Gustos personales

que quiero que tengan en cuenta

para mi bienestar.

Marca con una X todas las opciones que te gusten.

☐

Leer libros



o ☐

escuchar Audiolibros

☐

Escuchar música



¿Qué tipo de música?

Escribe tu respuesta.

☐

Prefiero el campo



o ☐

prefiero la playa

☐

Prefiero estar con gente



o ☐

prefiero estar solo

☐

Cine



¿Qué tipo de películas?

Escribe tu respuesta.

¿Cuál es mi color favorito?

Escribe tu respuesta.

¿Con qué tipo de ropa

me siento más cómodo o cómoda?

Escribe tu respuesta.

☐ Me gusta teñirme



☐ Me gusta pintarme las uñas



☐ Me gusta maquillarme



☐ Me gusta el deporte



¿Cuál deporte?

Escribe tu respuesta.

¿Cuál es mi canal de televisión favorito?

Escribe tu respuesta.



Cuidados sanitarios.

Marca con una X tu respuesta.



1. ¿Tienes alguna enfermedad o problema de salud?



Sí

☐

No

☐

Si has respondido que sí,
escribe cuál:

Si tuviera alguna enfermedad o problema de salud,
me gustaría...

☐

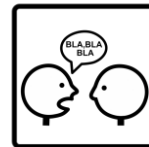
No saber nada.

☐

Saber cómo puede afectarme en mi vida.

Es decir,

conocer cuál será la evolución de la enfermedad
y qué consecuencias negativas tiene.



2. ¿Participas en la toma de decisiones sobre tu salud?

☐

Prefiero que mi médico lo decida por mí.

☐

Prefiero que mi familia lo decida por mí.

☐

Quiero ser yo quien decida,
después de recibir la información.



3. Si tú no puedes decidir,
¿quieres que tu familia participe
en la toma de decisiones?



Sí
☐

No
☐



¿Has hablado con tus familiares
sobre qué es lo que prefieres?



Sí
☐

No
☐



4. Cuando me encuentre en la última etapa de la vida...



☐ No quiero saber si me queda poco de vida.



☐ Quiero saber cuánto me queda
y qué calidad de vida voy a tener.



La última etapa de mi vida prefiero pasarla en...

☐

Domicilio



¿Cuál?

Escribe la respuesta.

☐

Centro sanitario



¿Cuál?

Escribe la respuesta.

☐



Otro lugar



¿Cuál?

Escribe la respuesta.

5. ¿Prefieres entierro o incineración?

- ☐ Entierro 
- ☐ Incineración 
- ☐ No lo sé 

6. ¿Tienes alguna creencia religiosa

o valor cultural

que quieres que se tenga en cuenta

cuando te encuentres en el final de tu vida?



Por ejemplo,

¿Quieres una misa funeral?

¿Quieres que asista un cura?



Escribe aquí todo lo que quieras que se tenga en cuenta.

7. Si fuera posible,

¿te gustaría ser **donante de órganos y tejidos**?



Sí
☐

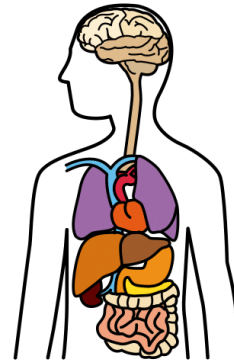
No
☐



Ser **donante de órganos y tejidos**

significa que, cuando una persona muere,
sus órganos y tejidos pueden usarse
para ayudar a otras personas que los necesitan.

Por ejemplo,
se pueden donar el corazón,
los riñones o la piel.



Donar órganos y tejidos puede salvar vidas
y mejorar la salud de muchas personas.

8. ¿Te gustaría **donar tu cuerpo**

para la **investigación** o para la **enseñanza universitaria**?

Siempre cumpliendo con lo que dice la ley.



Donar el cuerpo

para **investigación** o **enseñanza universitaria**

significa que, cuando una persona muere, su cuerpo se usa para estudiar y aprender en universidades o en investigación médica.



Los médicos y estudiantes pueden aprender más sobre el cuerpo humano y mejorar los tratamientos para otras personas.

9. Si mi enfermedad **no tiene cura ni mejoría posible**,
quiero recibir solo cuidados para **evitar el sufrimiento**,
Es decir, no quiero tratamientos para alargar mi vida.



Sí

☐

No

☐

Ejemplo:

Imagina que una persona
tiene una enfermedad muy grave,
que no tiene cura ni posibilidad de mejoría.

Esta persona puede decidir
que no quiere recibir tratamientos que alarguen su vida,
ya que solo servirían para **vivir más tiempo**,
pero sin que haya mejoría.

En cambio, la persona podría preferir
recibir cuidados que la ayuden a sentirse mejor,
como el control del dolor,
cuidados paliativos para mejorar su calidad de vida,
o apoyo emocional y psicológico para afrontar la situación.

10. Si estoy embarazada,
quiero que en el hospital cuiden al bebé dentro de mí,
aunque eso pueda hacerme daño.



Sí

☐

No

☐

11. Otros

Escribe aquí todo lo que desees añadir,
para que se tenga en cuenta.

Escribe tus datos y firma.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha: _____



Firma: _____

En caso de tener **representante**,
rellenar también este apartado.

No es obligatorio tener representante,
pero es muy aconsejable.

Puedes elegir uno o varios representantes.

Escribir los datos del representante y firmar.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha: _____



Firma: _____