

Yo _____, nacido/a el ____ / ____ /19____,
mayor de edad, con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____,
con número de Tarjeta Sanitaria Individual SIP _____, con domicilio en

Localidad _____, CP _____, Provincia _____.

Con plena capacidad de obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las VOLUNTADES ANTICIPADAS que se describen más abajo, para que se tengan en cuenta en el momento en que, por mi estado físico o psíquico, esté imposibilitado para expresar mis decisiones de forma personal sobre mi atención médica.

No deseo para mí una vida dependiente en la que necesite la ayuda de otras personas para realizar las "actividades básicas de la vida diaria", (vestirme, usar el servicio, comer...) Que si llego a una situación en la que no sea capaz de expresarme personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento¹ que me haga dependiente de los demás de forma irreversible, es mi voluntad clara e inequívoca no vivir en esas circunstancias y que se me permita morir con dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas:

- 1. Rechazo todo tratamiento que contribuya a prolongar mi vida:** técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos), hidratación o alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía), solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.
- 2. Solicito unos cuidados paliativos adecuados al final de la vida:** que se me administren los fármacos que alivien mi sufrimiento, y aquellos cuidados que me ayuden a morir en paz, especialmente -aun en el caso de que pueda acortar mi vida- la sedación paliativa.
- 3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia,** es mi voluntad morir de forma rápida e indolora, de conformidad con la regulación establecida al efecto.
- 4. Si algún profesional responsable de mi asistencia se declarase objetor de conciencia** con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituido por otro profesional, garantizando así mi derecho a que se respete mi voluntad.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (Opcional)

DESIGNO como mi/s representante/s en el orden que figuran a:

PRIMER REPRESENTANTE
Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____
Firma: _____
ACEPTO la designación y estoy de acuerdo en ser representante. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no se haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

SEGUNDO REPRESENTANTE
Nombre y apellidos: _____
Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____
Firma: _____
ACEPTO la designación y estoy de acuerdo en ser representante. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no se haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

¹ Daño cerebral, demencias, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro padecimiento grave e irreversible.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

PRIMER TESTIGO

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

Que D./D^a _____

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma: 

SEGUNDO TESTIGO

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

Que D./D^a _____

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma: 

TERCER TESTIGO

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

Que D./D^a _____

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma: 

FIRMA Y DECLARACIÓN DEL / DE LA OTORGANTE

D./D^a _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma: 

Otorgante de este documento, **DECLARO** que las personas que firman como testigos en primer y segundo lugar no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún vínculo patrimonial u obligatorio con el otorgante de las instrucciones previas.