

TESTAMENTO VITAL

(Documento de Instrucciones Previas - La Rioja)

Yo _____ nacido el ____ del ____ de _____
con D.N.I./Otros (haga constar el tipo de documento) _____ Nº _____
Mayor de edad, con domicilio en _____ CP _____
Calle _____ Nº _____

Con plena capacidad de obrar, mayor de edad, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las INSTRUCCIONES PREVIAS 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) o alimentación por sonda 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, especialmente –aún en el caso de que pueda acortar mi vida- una sedación paliativa que me procure una muerte serena.

3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante **eutanasia activa**, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la lex artis ad hoc.

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deseo donar mis organos para transplante | <input type="checkbox"/> Deso donar mis organos para la enseñanza universitaria |
| <input type="checkbox"/> Deseo donar mis organos para la investigación | <input type="checkbox"/> Deso donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria |
| <input type="checkbox"/> Deseo donar mi cuerpo para la investigación | <input type="checkbox"/> Sin instrucciones |

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

DESIGNO como mi representante a:

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección _____

Teléfonos _____ / _____

E-mail _____

Firma:

DESIGNO como mi representante sustituto a:

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección _____

Teléfonos _____ / _____

E-mail _____

Firma:

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

DECLARACIÓN DE TESTIGOS:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ con domicilio en _____

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:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ con domicilio en _____

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:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ con domicilio en _____

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 DEL OTROGANTE:

Yo _____ D.N.I. _____

Otorgante de este documento, **DECLARO** que dos de los firmantes como testigos no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún vínculo patrimonial u obligacional con el otorgante de las instrucciones previas.

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____