

TESTAMENTO VITAL

(Documento de Instrucciones Previas)

Yo _____, nacido/a el ____ / ____ /19____,
mayor de edad, con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____,
con domicilio en _____,
Localidad _____, CP _____, Provincia _____

En plenitud de mis facultades, libremente y tras una adecuada reflexión, declaro:

Que si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, **mi voluntad inequívoca es la siguiente:**

1. Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, alimentación artificial y fármacos, incluidos antibióticos
2. Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aún en el caso de que puedan acortar mi vida.
3. Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto 2.
4. Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son:
 - Daño cerebral severo e irreversible.
 - Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
 - Enfermedad degenerativo del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada con importante limitación de movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
 - Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
 - Otras:
(especificar si se desea)

5. Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.
6. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante eutanasia, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la lex artis ad hoc.
7. Me reservo el derecho a revocar esta declaración en cualquier momento en forma oral o escrita.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (Opcional)

DESIGNO como mi representante a:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

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.

Firma de la persona otorgante: