DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
ASOCIACIÓN FEDERAL

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL)

Yo_____con D.N.I. _____

Mayor de edad, con domicilio en _____

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

Que 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 padecimiento[1] 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*.

De acuerdo con la Ley designo como mi **REPRESENTANTE** a:

Nombre _____ D.N.I._____

Dirección _____Teléfono _____ Firma

TESTIGOS[2]:

1. Nombre _____ D.N.I. _____ Firma

2. Nombre _____ D.N.I. _____ Firma

3. Nombre _____ D.N.I. _____ Firma

Lo que hago constar en _____ a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.:

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

[2] Mayores de edad con plena capacidad de obrar, al menos dos sin relación de parentesco ni vínculo patrimonial, **declaran** que el otorgante de este documento es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en su presencia