

Yo _____, nacido/a el ____ / ____ /19____,
mayor de edad, con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____,
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/a 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 las demás personas 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, alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía) o alimentación forzada (jeringa o similar), solicito desprogramar el marcapasos o desfibrilador y 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/a profesional responsable de mi asistencia se declarase objetor/a de conciencia** con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituido/a por otro/a profesional, garantizando así mi derecho a que se respete mi voluntad.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (OPCIONAL)

DESIGNO como mi representante a:

REPRESENTANTE	Nombre y apellidos: _____
	Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> NIE Nº: _____
	Domicilio: _____
	Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
	Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____
	Firma: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; display: inline-block;"></div>
	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

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma:

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