

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, actuando libremente y tras una adecuada reflexión y en base a la normativa vigente⁽¹⁾, DECLARO que si llego a una situación en que, por mi estado físico o psíquico, no sea capaz de expresar personalmente mis decisiones sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento⁽²⁾ que me impida llevar una vida con independencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria (vestirme, usar el servicio, comer), es mi voluntad clara e inequívoca 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), alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía), aporte de líquidos, respiración asistida..., solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.
- 2. Solicito que se me administren los fármacos necesarios para aliviar al máximo mi sufrimiento físico y/o psíquico** –aunque puedan acortar mi vida-, y aquellos cuidados que me ayuden a morir en paz, especialmente la sedación terminal.
- 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 que se establezca 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 cumpla mi voluntad.

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar este documento manifiesto que, en una situación de deterioro irreversible, sin posibilidad de futuro ni recuperación digna, no quiero sufrir ni causar un mayor sufrimiento a las personas que me acompañen en ese momento, ni deseo poner a mi familia en la situación de tener que decidir por mí acerca de mi vida.

Pido a quienes tengáis que atenderme que respetéis mi voluntad.

(1) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Art. 11). Art. 30 de la ley 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con su salud. Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas en Castilla y León.

(2) Tales como daño cerebral, demencias, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro padecimiento grave e irreversible.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (Opcional)

Designo como mi/s representante/s, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las INSTRUCCIONES expresadas en este documento, tome/n las decisiones necesarias para tal fin, e interprete/n y manifieste/n cuál sería mi voluntad en un caso concreto no previsto en este documento, con el siguiente orden de prelación, a:

PRIMER/A REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Teléfono/s: _____ / _____

SEGUNDO/A REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Teléfono/s: _____ / _____