

Yo _____, nacido/a el ____ / ____ / ____ ,
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, en base a la normativa vigente declaro que si en el futuro mi salud se deteriora de forma irreversible, hasta el punto de impedirme tomar decisiones sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, considero que el mayor beneficio para mí es finalizar mi vida cuanto antes. En el caso de que existieran dudas sobre la irreversibilidad de mi incapacidad para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria. Por ello, exijo que se respeten mis valores y mi dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

1. En coherencia con mi deseo de no prolongar mi existencia en tal estado, incluso en caso de una enfermedad intercurrente, **rechazo todo tratamiento**, intervención o procedimiento que contribuya a mantener mi vida: técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos), hidratación o alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía), marcapasos o desfibrilador. Solicito una adecuación del esfuerzo terapéutico acorde con mi voluntad.
2. Solicito que se me administren los fármacos adecuados, en las dosis necesarias, para inducirme una **sedación paliativa profunda y mantenida** hasta mi fallecimiento, un estado en el que, a juicio de mi representante, no exista ningún sufrimiento físico o psíquico, incluso cuando este tratamiento pueda acortar mi vida.
3. Si por mi deterioro cognitivo necesitara la **ayuda de otra persona para beber y/o comer**, es mi voluntad **renunciar a esa ayuda**, por lo que no deseo ser alimentado, ni hidratado por otras personas, sea con cuchara o por cualquier otro medio, recibiendo los cuidados de confort que alivien los síntomas que pudieran aparecer durante mi proceso de deterioro por inanición y deshidratación (sequedad de boca, intranquilidad, agitación, dolor...), permitiéndome morir en paz.
4. Si la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia, **es mi voluntad no prolongar mi situación de incapacidad y morir de forma rápida e indolora**, de conformidad con la regulación establecida al efecto.
5. Si algún/a profesional responsable de mi asistencia se declarase **objedor/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/S (OPCIONAL) (Los/as representantes no pueden ser testigo)

DESIGNO como mi/s representante/s en el orden que figuran a:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____

Firma:

ACEPTO la designación como representante de la persona otorgante del documento de instrucciones previas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación.

SEGUNDO REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____

Firma:

ACEPTO la designación como representante de la persona otorgante del documento de instrucciones previas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación.

DECLARACIÓN DE LOS/AS TESTIGOS (no pueden ser familiares de hasta 3^{er} grado, ni tener relación patrimonial, ni laboral con el/la otorgante. No pueden ser representantes)

PRIMER TESTIGO

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

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:

SEGUNDO/A TESTIGO

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

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:

TERCER/A TESTIGO

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

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 Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

D./D^a _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma:

Otorgante de este documento, DECLARO que las personas que firman 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.