

Yo \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con Documento de Identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_,  
con número de Tarjeta Sanitaria Individual SIP \_\_\_\_\_, 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. Por ello, exijo que se respeten mis valores y mi dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

- 1. 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. En caso de enfermedad añadida (proceso intercurrente) o daño cerebral con posibilidad de recuperar mi capacidad para expresarme, pero con una vida dependiente, solicito una adecuación del esfuerzo terapéutico que me permita morir con dignidad.
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/a, ni hidratado/a 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 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 N°: _____
	Domicilio: _____
	Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
	Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____
	Firma: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; 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: