

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, **declaro** que si en el futuro **mi salud se deteriora de forma irreversible**, hasta el punto de perder el uso de mis **facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad** sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mí es **finalizar mi vida cuanto antes**, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

1. Solicito **que se ponga fin a mi vida** cuanto antes mediante **eutanasia**.
2. Considero un **sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad** personal, el que algunos **padecimientos graves crónicos e imposibilitantes**, como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzheimer o cualquier otra), provoquen tal **deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales**, que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores.  
Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, **en el momento en que no pueda valerme por mí misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada** (GDS 5, según la escala FAST de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante **eutanasia**.
3. Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, **rechazo toda medida de soporte vital**, tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con fluidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito **que se alivie mi sufrimiento** con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir dormida con una **sedación paliativa** profunda mantenida hasta mi fallecimiento.  
En el caso de que existieran **dudas sobre la irreversibilidad** de mi situación de incapacidad de hecho 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.
4. Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

## NOMBRAMIENTO DE RESPRESENTANTE/S (OPCIONAL) (No pueden ser testigo)

Yo \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
mayor de edad, con Documento de Identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
Localidad \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_,  
con plena capacidad de obrar, designo a mi/s representante/s en quien concurren los requisitos previstos en el art. 2.3.a) de la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, como mi representante para que, llegado el caso, sirva como persona interlocutora con el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y procurar el cumplimiento de mi voluntad expresada en este documento. En caso de duda en la interpretación de mi Documento de Voluntades Anticipadas, y ante la eventualidad de no poder resolverla personalmente, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante, a quien autorizo para que tome decisiones con respecto a los posibles tratamientos no contemplados en el mismo, siempre que no se contradigan con alguna de las voluntades anticipadas que constan en él.

## 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: \_\_\_\_\_

SEGUNDO REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma:

## ACEPTACIÓN DE RESPRESENTANTE/S

PRIMER REPRESENTANTE

**Acepto la designación** y estoy de acuerdo en ser representante de (nombre y apellidos de otorgante)

en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma:

**ACEPTO** la designación como representante de la persona otorgante del documento de voluntades anticipadas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

SEGUNDO REPRESENTANTE

**Acepto la designación** y estoy de acuerdo en ser representante de (nombre y apellidos de otorgante)

en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma:

**ACEPTO** la designación como representante de la persona otorgante del documento de voluntades anticipadas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

## DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Las personas abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar y **no vinculadas** con el/la otorgante (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_

**por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna**, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que nos conste que haya sido incapacitado judicialmente, y sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión, y firmamos ante su presencia.

PRIMER/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

SEGUNDO/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

TERCER/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

## FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

Yo, 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.