

Yo (*nombre y apellidos*) \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con el DNI/Pasaporte/NIE \_\_\_\_\_, y nº de teléfono \_\_\_\_\_  
con domicilio en (*calle, portal, piso*) \_\_\_\_\_  
de (*población*) \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_

En plenitud de facultades mentales, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, solicito que se tengan en cuenta mis valores y preferencias si debido a circunstancias derivadas de mi estado físico y mental me encontrase en una situación en la que ya no fuera capaz -de manera permanente- de tomar decisiones sobre mis cuidados sanitarios y sobre el final de mi vida:

1. Expreso que en mis criterios de calidad de vida y dignidad personal es fundamental el mantener una independencia funcional para las actividades de la vida diaria, no sufrir dolor físico o psíquico, reconocer a mis familiares y seres queridos y no prolongar mi vida en situaciones que no cumplan cualquiera de estos criterios.
2. Considero un sufrimiento psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes me provoquen, de forma irreversible, tal deterioro de la personalidad y facultades mentales, que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad, mis criterios de dignidad de vida y no pueda manifestar mi voluntad sobre mis cuidados sanitarios.
3. Por lo tanto, de encontrarme en situación de inconsciencia permanente o con un deterioro cognitivo irreversible como el descrito en el punto anterior, considero que seguir viviendo no tiene para mí ningún sentido y que el mayor beneficio para mí es finalizar mi vida, por lo que, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas no muestre signos externos de sufrimiento, **deseo que este documento sea la solicitud expresa de morir mediante la eutanasia.**
4. Soy consciente de que algunas enfermedades, especialmente muchas demencias, cursan con ausencia de conciencia de enfermedad. Si llegado el momento de realizar mi voluntad expresada en este documento, manifestara una opinión discrepante con ella, insto a mis responsables legales a respetar las instrucciones de este escrito, redactado en plenas facultades cognitivas y reclamo que prevalezca la voluntad aquí expresada.
5. En el caso de que existiesen dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero que se tenga en cuenta 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.
6. **Ante las situaciones anteriormente descritas, durante el plazo que requiera mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada,** solicito que se lleve a cabo una adecuación de los tratamientos, rechazando toda medida de soporte vital, terapias, cirugías o procedimientos que contribuyan a mantenerme con vida como nutrición-hidratación con sueros, sondas o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar o antibióticos y cualquier otra medicación salvo la necesaria para procurarme bienestar y aliviar el sufrimiento incluida la sedación paliativa profunda y mantenida hasta mi fallecimiento.
7. Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

**OTRAS INSTRUCCIONES** que deseo que se tengan en cuenta:

**Deseo que en el final de mi vida pueda estar atendido:**

- En mi domicilio
- En un centro sanitario
- En una residencia geriátrica o sociosanitaria
- Donde decidan mis representantes, familiares o cuidadores

En cuanto a la **donación de mis órganos y/o tejidos:**

- Deseo hacer donación de mis órganos y/o tejidos, si es posible.
- No deseo donar mis órganos y/o tejidos.
- Prefiero que lo decida/n mi/s representante/s

**Otros aspectos** relevantes para mí:

Nombre de la persona otorgante: \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte/NIE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

## Nombramiento de Representante/s

Yo (*nombre y apellidos*) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ con capacidad para decidir libremente **designo como mi/s representante/s a**

1) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ nº de teléfono \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ nº de teléfono \_\_\_\_\_

en el/los que 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, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor/a 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 del documento, 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, en el caso de que yo no lo pueda hacer, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Firma (*del/de la otorgante*):

## Aceptación del Representante

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el Representante de (*nombre y apellidos de/de la otorgante*): \_\_\_\_\_

en el caso de que éste 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 su voluntad y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

1) Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma (*representante*):

2) Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Firma (*representante*):

*(Si el procedimiento no es ni en las Delegaciones Territoriales o Centros de Salud ni en notaría, es necesario aportar este formulario también)*

## **Formalización ante tres Testigos**

Los/las abajo firmantes, personas mayores de edad, con plena capacidad para decidir y no vinculadas con el/la otorgante (*nombre y apellidos del/de la otorgante*):

\_\_\_\_\_ por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o relación patrimonial alguna. Declaramos que la persona que firma este Documento de Voluntades Anticipadas tiene la capacidad de hecho suficiente para tomar decisiones. No apreciamos ningún tipo de coacción para la expresión de sus preferencias. Firmamos este documento en su presencia.

### **Testigo primero/a**

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

DNI \_\_\_\_\_

Firma

### **Testigo segundo/a**

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

DNI \_\_\_\_\_

Firma

### **Testigo tercero/a**

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

DNI \_\_\_\_\_

Firma

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_