

Yo \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
SIP \_\_\_\_\_ 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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)

**DESIGNO** como mi representante:

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. 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 Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana

## INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO (OPCIONAL)

- Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que lo necesite
- Deseo donar mis órganos para la investigación
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria
- Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria

**DECLARACIÓN DE LOS/AS TESTIGOS** (uno de los cuales, como mínimo, no tendrá relación de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad o ninguna relación patrimonial con el/la otorgante)

PRIMER TESTIGO

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

Documento de Identidad:  DNI  PASSAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

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

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

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

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

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

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia

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 Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana

SEGUNDO TESTIGO

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

Documento de Identidad:  DNI  PASSAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

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

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

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

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**

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

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia

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 Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana

## FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

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

Documento de identidad:  DNI  PASSAPORTE  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 obligatorio con el otorgante de las instrucciones previas.