

## EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES

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-FAST 5, según las escalas 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.

### FIRMA Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA OTORGANTE

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

Firma:

- AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)
- NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud aporto fotocopia del DNI compulsada.

## EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES

### 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. 8  
de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de la expresión anticipada de voluntades  
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 Expresión Anticipada de Voluntades, 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:

## DECLARACIÓN JURADA DE TESTIGOS

Las personas abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar **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: 

**SEGUNDO/A TESTIGO**

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

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

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

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

Firma: 

**TERCER/A TESTIGO**

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

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

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

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

Firma: 

## FIRMA Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA OTORGANTE

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

Firma: 

## AUTORIZACIÓN FIRMADA DE COMPROBACIÓN DE DATOS DE TESTIGOS

PRIMER/A TESTIGO

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

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

**AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)

**NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud aporto fotocopia del DNI compulsada.

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

Firma:

SEGUNDO/A TESTIGO

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

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

**AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)

**NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud aporto fotocopia del DNI compulsada.

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

Firma:

TERCER/A TESTIGO

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

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

**AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)

**NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud aporto fotocopia del DNI compulsada.

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

Firma:

## ACEPTACIÓN DE RESPRESENTANTE/S Y AUTORIZACIÓN DE COMPROBACIÓN DE DATOS

PRIMER/A REPRESENTANTE

**Acepto la designación** y estoy de acuerdo en ser representante de (nombre y apellidos del 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 N°: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Firma:

**AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)

**NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud apporto fotocopia del DNI compulsada.

SEGUNDO/A REPRESENTANTE

**Acepto la designación** y estoy de acuerdo en ser representante de (nombre y apellidos del 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 N°: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Firma:

**AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), conforme a lo establecido en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008)

**NO AUTORIZO** al órgano instructor para que compruebe de oficio mis datos de identificación personal, por lo que junto a la solicitud apporto fotocopia del DNI compulsada.

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. 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, 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 **objeto/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.

## FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

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

Firma: