dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
EXTREMADURA

# EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES

Yo _____, nacido/a el ____ /____ /_____,

mayor de edad, con Documento de Identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____,

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 administratvos 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.

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
EXTREMADURA

# 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 Nº: _____,
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 Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____

**SEGUNDO REPRESENTANTE**

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____

## FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

En _____ a ____ de _____ de 20____

Firma:

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
EXTREMADURA

# EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES

## DECLARACIÓN JURADA DE TESTIGOS

De acuerdo con el artículo 17.3 apartado b, de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, los abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que el/la otorgante (nombre y apellidos) _____ 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. Asimismo, **los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar, hasta el segundo grado, o patrimonial con la persona que firma este documento.**

**PRIMER/A TESTIGO**

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Firma:

**SEGUNDO/A TESTIGO**

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Firma:

**TERCER/A TESTIGO**

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Firma:

## FIRMA Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA OTORGANTE

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma:

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
EXTREMADURA

# EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES

## AUTORIZACIÓN FIRMADA DE COMPROBACIÓN DE DATOS DE TESTIGOS

**PRIMER/A TESTIGO**

Nombre y apellidos : _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

☐ **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 administratvos 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 Nº: _____

☐ **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 administratvos 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 Nº: _____

☐ **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 administratvos 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:

# EXPRESIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTADES

## 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 Nº: _____

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 administratvos 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.

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 Nº: _____

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 administratvos 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.