GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

ANEXO al DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

(Este anexo es solo para documentos nuevos, no para adjuntar a documentos ya registrados)

Yo, _____ **DNI / NIE/ o Pasaporte nº**: _____

Solicito adjuntar este ANEXO a mi Documento de Voluntades Anticipadas

* SI QUIERE CONCRETAR LA DEFINICIÓN DE DEMENCIA, INCLUYA LA OPCIÓN QUE MÁS SE PAREZCA A SUS DESEOS:

1. Situación clínica equiparable a una **demencia leve (GDS4, según la escala FAST de Reisberg)** que provoque un deterioro cognitivo moderado y que me impida vivir sólo/a al no poder realizar tareas complejas como gestionar mis finanzas u ocuparme adecuadamente de mí mismo/a. Aunque debido a mi enfermedad no lo exprese, no lo recuerde o a juicio de otras personas no muestre signos externos de sufrimiento deseo que se respete mi deseo de finalizar mi vida cuanto antes mediante la eutanasia.

2. Situación clínica equiparable a una **demencia moderada (GDS 5, según la escala FAST de Reisberg)**, que genere imposibilidad de valerme por mí mismo/a debido a los déficits en las actividades básicas de la vida diaria (vestirme, ducharme, comer solo/a, ir al lavabo), las actividades instrumentales (leer, escribir, ...) o las capacidades cognitivas (por ejemplo, reconocer a las personas afectivamente cercanas, ...). Aunque debido a mi enfermedad no lo exprese, no lo recuerde o a juicio de otras personas no muestre signos externos de sufrimiento deseo que se respete mi deseo de finalizar mi vida cuanto antes mediante la eutanasia.

3. Situación clínica equiparable a una **demencia severa (GDS 7 según la escala FAST de Reisberg)** que me impida comunicarme verbalmente y me mantenga inmovilizado/a en una silla o en la cama. Aunque debido a mi enfermedad no lo exprese, no lo recuerde o a juicio de otras personas no muestre signos externos de sufrimiento deseo que se respete mi deseo de finalizar mi vida cuanto antes mediante la eutanasia.

En _____ , a ____ de _____ de _____

Espacio para sello del Registro de Voluntades Anticipadas

_____
Firma del otorgante

(Rev.15/12/2023)