Yo _____

nacido/a el ____/____/____ con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

con domicilio en _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Con la capacidad de hecho suficiente, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, si en un futuro no puedo tomar decisiones o expresar mi voluntad, manifiesto que:

1 En mis **CRITERIOS DE CALIDAD DE VIDA Y DIGNIDAD PERSONAL** es fundamental:

- Mantener una independencia funcional para las actividades de la vida diaria
- No sufrir dolor físico o psíquico
- Comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas
- No prolongar mi vida de manera artificial cuando la **SITUACION CLINICA SEA IRREVERSIBLE**:
 - Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
 - Daño cerebral grave e irreversible
 - Enfermedad degenerativa en fase imposibilitante.
 - Situación de fragilidad avanzada con deterioro importante de mi estado general.
 - Cualquier situación sin expectativas de recuperación y con secuelas incompatibles con dichos criterios.

2 En caso de **DEMENCIA**, deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea:

(Elegir una de las dos opción)

DEMENCIA MODERADA (GDS 4-5): que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, escoger la ropa adecuada, el uso del teléfono y/o conocer mi dirección.

DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA (GDS 5-6): que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir al lavabo; que me imposibilite leer y/o escribir

3 INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS

En las situaciones descritas en los apartados 1 y 2 quiero que se lleve a cabo una limitación/adequación de esfuerzo diagnóstico-terapéutico, rechazando toda medida de soporte vital, tratamientos, cirugías o procedimientos que contribuyan a mantenerme con vida: nutrición-hidratación con sueros, sondas o gastrostomías, marcapasos o desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar, antibióticos y otra medicación salvo la necesaria para los cuidados paliativos que me proporcionen bienestar y alivien el sufrimiento incluida la sedación paliativa profunda y mantenida hasta mi fallecimiento.

4 INSTRUCCIONES SOBRE LA EUTANASIA.

Considero un sufrimiento psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes como algunas enfermedades neurodegenerativas o cualquier otra situación irreversible provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad, mis criterios de dignidad de vida y mis deseos aquí expresados y no pueda solicitar la eutanasia.

Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde, manifieste desacuerdo o no muestre signos externos de sufrimiento a juicio de otras personas, en el momento en que me encuentre en alguna de las situaciones descritas en el apartado 1 o en una situación clínica equiparable al grado de demencia indicado en el apartado 2, deseo que se me aplique la eutanasia cuanto antes.

En caso de dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad para decidir eso no modifica mi decisión firme de no soportar una vida dependiente para las actividades de la vida diaria.

Durante la tramitación de mi solicitud de eutanasia, o en caso de que fuera denegada, deseo que se cumplan mis instrucciones sanitarias descritas en el apartado 3.

Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

5 DONACIÓN.

(Marque las casillas deseadas e indique la entidad a la que se dona el cuerpo)

Deseo ser donante de órganos. He donado mi cuerpo a _____

DECLARACIÓN 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 _____
con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____
Domicilio _____
Localidad _____ CP: _____ Provincia: _____

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.

Firma: _____

SEGUNDO/A TESTIGO

Nombre y apellidos _____
con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____
Domicilio _____
Localidad _____ CP: _____ Provincia: _____

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.

Firma: _____

TERCER/A TESTIGO

Nombre y apellidos _____
con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____
Domicilio _____
Localidad _____ CP: _____ Provincia: _____

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.

Firma: _____

FIRMA DEL/LA OTORGANTE

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: _____