

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo _____ nacido/a el ____ / ____ / ____
con Documento de Identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE N°: _____ SIP _____
con domicilio en _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____
Correo electrónico: _____ Tfno.: _____

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/adecuación 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 _____

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (Opcional)

Nombre y apellidos _____

☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE N°: _____ Teléfonos _____ / _____

Email _____

Domicilio _____

Localidad _____

CP: _____ Provincia: _____

ACEPTO la designación como representante de la persona otorgante de este documento, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. **CONSIENTO** el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Firma:

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Los firmantes como testigos **DECLARAMOS** que somos mayores de edad y tenemos plena capacidad de obrar; que la persona otorgante de este documento es mayor de edad, que no nos consta que esté incapacitada, que actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia. no tener relación de parentesco hasta segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estar vinculados por matrimonio o análoga relación de afectividad ni por relación patrimonial con la otorgante. **CONSENTIMOS** el tratamiento de los datos personales por parte de la administración pertinente, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

PRIMER TESTIGO

Nombre y apellidos _____

☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE N°: _____ Teléfonos _____

Email _____

Domicilio _____

Localidad _____

CP: _____ Provincia: _____

Firma:

SEGUNDO TESTIGO

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfonos _____ / _____

Email _____

Domicilio _____

Localidad _____

CP: _____ Provincia: _____

Firma:

FIRMA DEL/LA OTORGANTE

D / D^a _____

con Documento de Identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE N°: _____

En _____ a _____ del _____ de 20 _____

Firma: