

Yo \_\_\_\_\_  
nacido/a el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con Documento de Identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_  
con domicilio en \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_  
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:

*(Selecciona tu 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

*(Pueden marcarse ambas opciones. Tendrá prioridad la donación de órganos y tejidos; si no son aptos, el cuerpo se destinará a la institución indicada)*

- Deseo ser donante de órganos y/o tejidos.  He donado mi cuerpo a \_\_\_\_\_

(OPCIONAL/RECOMENDADO)

**DESIGNO COMO REPRESENTANTES** en el orden que figuran a:

**PRIMER REPRESENTANTE** (Aportar copia del DNI)

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

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ 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:

**SEGUNDO REPRESENTANTE** (Aportar copia del DNI)

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

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ 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:

**FIRMA DEL/LA OTORGANTE**

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

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

Firma:

# GUÍA PARA FORMALIZAR EL TESTAMENTO VITAL O DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN NAVARRA

1. Hay que elaborar un **DOCUMENTO** con las disposiciones que se deseen; puede ser uno propio, poniendo lo importante para cada persona, o utilizar un documento ya elaborado: el de DMD, el del Departamento de salud... Si se elige el documento de DMD hay que decidir, en caso de demencia, a partir de qué momento de su evolución queremos que se cumpla lo expresado en el documento.
2. **Donación de órgano:** Si marca ambas opciones, la prioridad será la donación de órganos y tejidos. Si no fueran aptos, el cuerpo se destinará a la institución indicada. Si solo desea donar el cuerpo a la ciencia, marque únicamente la segunda opción.
3. Es muy recomendable el designar una o dos personas **REPRESENTANTES**. Esto es para que sean interlocutoras ante el personal sanitario para hacer cumplir los deseos expresados en el documento, tanto la limitación de pruebas diagnósticas y de tratamientos como el deseo de eutanasia si eso es lo deseado. Las personas representantes deber firmar el documento sin necesitar estar presentes en el momento de formalizarlo.

## 4. DONDE SE FORMALIZA:

- Con el personal de trabajo social del centro de salud.
- Con un/a notario/a (pero eso cuesta dinero).
- Con 3 testigos/as. Pregunta condiciones.
- En el Registro Navarro de Voluntades Anticipadas, con cita previa (848 423511/848 423528). Esta opción para personas que no tienen Seguridad Social o teniéndola, tienen alguna dificultad para realizarlo en su centro de salud.

## 5. DOCUMENTACIÓN que hay que aportar:

- El documento rellenado y firmado por la persona que lo realiza, persona otorgante, y las personas representantes.
- Copia de DNI de la persona que lo realiza y de los/las representantes.

## 6. CONSEJOS

- Es recomendable guardar una copia sabiendo que se podrá ver desde la Carpeta Personal de Salud.
- Es recomendable que la/las representantes dispongan de copia sabiendo que también podrán verlo desde sus carpetas de salud.
- Coméntalo con tu medico/a de familia para que compruebe si ya está incluido en el registro navarro.

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE NAVARRA

### ATENCIÓN PERSONALIZADA

✉ [dmdnavarra@derechoamoir.org](mailto:dmdnavarra@derechoamoir.org)

☎ 696 357 734

¡PIDE TU CITA!



**CENTRO COMUNITARIO ITURRAMA**  
C/ San Juan Bosco 15. Pamplona



Primer miércoles de mes  
17:30 - 18:30



**PALACIO DEL CONDESTABLE**  
(Sala IV)



Segundo y cuarto lunes de mes  
11:30 - 13:30

*Contáctanos  
si tienes dudas*