

Manifestación de Voluntades sobre el final de mi propia vida.

Yo _____, con D.N.I.: _____, mayor de edad,
con domicilio en: _____ y Código Postal _____,
en plenitud de mis facultades mentales, libremente y tras una dilatada meditación,

EXPONGO:

Que en el supuesto de encontrarme en unas condiciones en las que no pueda decidir sobre mi atención médica, a raíz de mi deterioro físico y /o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto D de este documento, y si dos médicos autónomos coinciden en que mi fase es irreversible, mi voluntad incuestionable es la siguiente:

A) Que no se dilate mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, medicamentos o suministro artificial.

B) Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida.

C) Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto (B) de este documento.

D) Los estados clínicos a las que hago mención mas arriba son:

- a. Daño cerebral severo e irreversible.
- b. Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- c. Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- d. Demencias preseniles, seniles o similares.
- e. Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.

E) Designo como mi representante para que vigile el documento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a Don/Doña: _____, con DNI: _____.

F) Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.

G) Me reservo el derecho de revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Fecha:

Firma:

TESTIGOS:

1.Nombre:

DNI.:

Firma:

2.Nombre:

DNI.:

Firma:

REPRESENTANTE:

Nombre:

DNI.

Firma: