

TESTAMENTO VITAL

Yo, con DNI, mayor de edad, con domicilio en y Código Postal, en plenitud de mis facultades mentales, libremente, y tras 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 o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos coinciden en que mi fase es irreversible, mi voluntad incuestionable es la siguiente:

1. Que no se dilate mi vida por medios artificiales tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, medicamentos o suministro artificial.
2. 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.
3. 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 anterior.
4. Los estados clínicos a los que hago mención mas arriba son: a) daño cerebral severo e irreversible; b) tumor maligno diseminado en fase avanzada; c) demencias preseniles, seniles o similares, y d) enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
5. Designo como mi representante para que vigile el documento de instrucciones anticipadas sobre el fin de mi vida expresadas en este documento y tome las decisiones necesarias para tal fin a D. con DNI
6. Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que se pueda derivar por llevar a cabo los términos de esta declaración.
7. Me reservo el derecho a revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Dado en a de de

Firmado.

Testigo 1 Testigo 2

Representante