



GRUPO MORIR DIGNAMENTE

“Voluntad Anticipada”

Yo,....., mayor de edad, identificándome con (credencial para votar No.) y domicilio en....., con plena capacidad para tomar decisiones, actuando libremente y después de una cuidadosa reflexión, expreso y otorgo mi voluntad anticipada sobre el final de mi vida con el objeto de decidir, libre y anticipadamente, sobre la asistencia y los tratamientos médicos que deseo recibir en caso de llegar a padecer situaciones vitales graves e irreversibles.

Dispongo:

Que si en un futuro no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica, como consecuencia de mi deterioro físico o mental, por encontrarme en alguna de las situaciones que se señalan a continuación:

- Demencia avanzada debida a cualquier causa (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer,...);
- Daños encefálicos graves (por ejemplo: coma irreversible, estado vegetativo persistente,...) debidos a cualquier causa;
- Enfermedad degenerativa neuromuscular en fase avanzada (por ejemplo: esclerosis múltiple,...);
- Cáncer en fase avanzada;
- Otras equiparables a las mencionadas antes, por lo que se refiere a sus efectos.

Además, si dos médicos coinciden, de manera independiente, en que mi estado es irreversible:

Mi voluntad es que NO me apliquen tratamientos, medicamentos o medidas que tengan por objeto prolongar mi vida o mantenerla por medios artificiales (por ejemplo: resucitación cardiopulmonar, respiración artificial, medidas invasivas de nutrición, diálisis renal,...).

Deseo, en cambio, me apliquen las medidas necesarias para controlar cualquier síntoma que me cause dolor, padecimiento o malestar.

En caso de que los profesionales de la salud que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito se me transfiera a otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

En lo que se refiere a la interpretación y aplicación de este documento, designo como mi representante a....., identificándose con (credencial para votar No.), con domicilio en..... y teléfono....., para que asegure el cumplimiento de mi voluntad aquí expresada.



GRUPO MORIR DIGNAMENTE

De la misma manera, por si se diera el caso de renuncia o imposibilidad de mi representante, designo como representante sustituto a....., identificándose con (credencial para votar No.), con domicilio en..... y teléfono..... Me reservo el derecho a anular esta decisión en cualquier momento, en forma escrita.

Lugar y fecha:

Firmas:

Otorgante

Representante

Representante sustituto