DUINTASUNEZ HILTZEKO ESKUBIDEA
EUSKADI

# TESTAMENTO VITAL

Manifiesto de voluntad sobre el final de mi propia vida

Yo, _____ con D.N.I. nº _____, mayor de edad, con domicilio en _____ ,

**en plenitud de mis facultades mentales, libremente y tras prolongada reflexión, DECLARO**:

Que si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

1. Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación 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, aún 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 2 de este documento.
4. Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son:
   - Daño cerebral severo e irreversible.
   - Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
   - Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
   - Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
   - Otras: (especificar si se desea)

5. Designo como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a:

Nombre del representante:_____

DNI: _____

6. Manifiesto, asímismo, 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.
7. Me reservo el derecho a revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Fecha: _____Lugar: _____ Firma:

**TESTIGOS**

1. Nombre: _____ DNI: _____ Firma:
2. Nombre: _____ DNI: _____ Firma:
3. Nombre: _____ DNI: _____ Firma:

1. Representante: Firma Data _____
2. Representante: Firma Data _____
3. Representante: Firma Data _____

**DMD-DHE EUSKADI** Apartado de correos 362 01080 Vitoria-Gasteiz
Número de registro AS/G/09652/2002
☎ **635738131** ✉ **dmdeuskadi@eutanasia.ws** **www.eutanasia.ws**