



Córdoba,..... de..... del.....

## DEFINICIÓN

Las directivas anticipadas son la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones, preferencias o deseos que deben respetarse en la asistencia sanitaria por recibir cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad.

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI/CI/LC N° \_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido pensar, manifiesto mi aceptación y/o rechazo de los tratamientos y cuidados que describo más adelante en este documento para que se tengan en cuenta en el momento en que me encuentre en una situación, por las circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, en la cual no pueda ya expresar personalmente mi voluntad.

Deseo que el médico responsable de mi tratamiento retire o no comience los tratamientos que meramente prolonguen mi proceso de morir, si yo padeciera una condición incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, como:

- a) enfermedad irreversible y terminal, que conduce inevitablemente a mi muerte,
- b) estado vegetativo crónico, permanente y prolongado,
- c) estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.

Deseo además que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómoda/o y aliviada/o de dolor o sufrimiento, incluso aquellas que puedan ocurrir al omitir o retirar tratamientos.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto y con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos o institución y según el estado de la ciencia que entonces me atiendan no haya expectativa de recuperación, se tengan en cuenta las siguientes instrucciones:

- No me sean aplicadas o bien se me retiren si ya han empezado a aplicarse, medidas de soporte vital desproporcionadas, o cualquier otra que intenten prolongar mi agonía y supervivencia artificialmente.
- Se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico que me ocasione mi enfermedad.
- Sin perjuicio de las decisiones tomadas, se me garantice la asistencia necesaria adecuada para procurarme una muerte digna.
- No se me administren tratamientos complementarios ni terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para la recuperación y prolonguen inútilmente mi vida.
- Si estuviera embarazada y me encontrara en alguna de las situaciones anteriores, deseo que la validez de este documento quede en suspenso con la finalidad de considerarlo hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.
- No deseo \_\_\_\_\_

Deseo la asistencia necesaria para proporcionar un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, incluso si ello pudiera conllevar al adelanto del ciclo natural de mi deceso.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Médico

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Paciente

REVOCACIÓN DE DIRECTIVA ANTICIPADA

*Este documento manifiesta la REVOCACIÓN de la primera voluntad de la Directiva Anticipada anteriormente expuesta.  
Solo debe firmar este apartado en caso de revocación.*

El que suscribe ..... luego de haberseme informado la naturaleza de mi condición médica, beneficios, ventajas y posibles riesgos o complicaciones, en forma consciente y voluntaria manifiesto mi denegación/revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivar de esta decisión, con fecha .....

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Médico



## Nombramiento del Representante

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI/CI/LC N° \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ calle, \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, y con plena capacidad de obrar, designo a \_\_\_\_\_, con DNI/CI/LC N° \_\_\_\_\_, con N° de teléfono \_\_\_\_\_, como mi representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y procurar el cumplimiento de mi voluntad expresada en este documento.

En caso de duda en la interpretación del documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante, al que autorizo para que tome decisiones con respecto a los posibles tratamientos no contemplados en el mismo, en el caso de que yo no pueda hacerlo por mí misma/o, siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_ en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Nombre Representante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_



Declaración de los Testigos

Los abajo firmantes, personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho de manera consciente, sin que nos conste ninguna afectación de su voluntad, por lo que firmamos ante la presencia del otorgante:

Testigo primero

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

DNI \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo segundo

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

DNI \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_