**DOCUMENTO DE TESTAMENTO VITAL**

**A LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD**

Yo (nombre y apellidos), nacido el.......... (fecha nacimiento), con DNI nº (....), con domicilio en............. (lugar) , siendo el............ (día, mes y año), en pleno uso de mi Conciencia y facultades de Voluntad y Entendimiento, manifiesto desde mi Inteligencia y desde mi Voluntad mis instrucciones anticipadas sobre el destino y cuidados de mi Cuerpo para el caso de que, por deteriorarse mi salud, fuera incapaz de expresarme en ese preciso momento. También les instruyo sobre lo que requiero respecto al destino de mi Cuerpo una vez se produzca mi fallecimiento.

Exijo que mi Voluntad sea respetada cuando llegue el momento en que, por razón de enfermedad, accidente, complicaciones en caso de intervención médica, quirúrgica o cualquier otra similar, no me encuentre en situación de poder expresarla.

Suscribo este documento en situación de plenas facultades volitivas e intelectivas, gozando de la Lucidez que me ha dado mi experiencia vital y el conocimiento integral del ser Humano.

Requiero e intereso su estricto y escrupuloso cumplimiento, ya que reniego de que otros decidan sobre mí, bien sean profesionales sanitarios, terapeutas, parientes, amigos o allegados.

**Exijo que cualquier médico o equipo médico o profesional sanitario acceda al Registro gallego de instrucciones previas para la comprobación, conocimiento y estricto cumplimiento de mi testamento vital.**

**CRITERIOS GENERALES DE MI TESTAMENTO VITAL**

Manifiesto de forma indubitada que la Ley Natural es Suprema e Inmutable y debe ser el único sustrato del Derecho positivo que se me aplique a la hora de interpretar mi testamento vital, si fuera necesario.

En virtud de dicha Ley manifiesto ser un Ser Humano Soberano y Libre que lleva inscrita esa Ley en su Ser. En virtud de dicha Libertad tomo estas decisiones:

Requiero e intereso únicamente aquellos tratamientos que me permitan mantener la conciencia de mí mismo en el mayor grado posible. Creo firmemente que la vida es Sagrada y un regalo divino. Todos los seres vivos deben ser respetados.

Deseo recibir una alimentación sana, saludable y rechazo que se me apliquen técnicas de supervivencia forzada de carácter meramente biológico.

Es mi voluntad permanecer en (ejemplo: mi domicilio) en los últimos momentos de mi vida.

Es mi voluntad morir en (ejemplo: mi domicilio...).

En caso de duda sobre las instrucciones de este documento debe consultarse a mi representante (indicar su nombre). o su sustituto (indicar nombre), caso de que el representante no pudiera ejercer su función.

En caso de que un médico o profesional médico no esté de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, exijo ser atendido por otros profesionales sanitarios que la respeten.

Deseo vivir el proceso de mi enfermedad y muerte de forma natural y en paz y con la menor intervención médica posible.

En caso de dolor físico medio o extremo, solo admito (ejemplo: aquellos analgésicos o sustancias que me permitan seguir consciente, en la medida de lo posible, y que no acorten o perjudiquen mi vida...)

Afirmo que la vida es sagrada y un regalo divino. Todos los seres vivos deben ser respetados.

Afirmo que en el orden natural todos los que poseen vida están interconectados.

En apoyo a las instrucciones que otorgo como testamento vital, aporto los siguientes estudios científicos accesibles en estos enlaces: .................

**INSTRUCCIONES CONCRETAS ANTERIORES A LA MUERTE**

En las situaciones descritas en el encabezamiento doy las siguientes instrucciones:

Rechazo el internamiento en centros hospitalarios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. Llegado el caso de que no pueda expresarme, elijo el hospital (poner el hospital privado .......)-.

Caso de intervención hospitalaria rechazo ser tratado por los médicos ......... (poner nombres).

**Caso de dolor físico** (elegir o rechazar procedimientos, fármacos, intervenciones concretas)

**Prolongación artificial de la vida** (elegir si se acepta o rechaza, concretando lo máximo posible. Rechazo la sedación paliativa , por ejemplo. Aquí podéis especificar cuestiones tales como técnicas de apoyo vital tales como ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial, quimioterapia, radioterapia ......)

**Extracción de órganos, tejidos o células de mi cuerpo, con finalidad de trasplante o investigación (**consentir o no consentir la extracción; especificar si la aceptación o rechazo es tanto para fines de trasplante como para fines de investigación)

**Estancia hospitalaria, estancia en vuestro domicilio u otro lugar (**indicar rechazo o aceptación, personas cuyo acompañamiento rechazáis etc.**)**

**Asistencia espiritual (**indicar si la queréis y de qué tipo, qué persona etc.**)**

**Alimentación e hidratación forzadas (**Ejemplo: En caso de (especificar dolencias o enfermedades, como enfermedad terminal, deterioro cognitivo etc…) rechazo la alimentación y la hidratación forzada por otras personas, sea con cuchara o cualquier otro medio. Solo admito aquellos cuidados que alivien los síntomas que puedan aparecer a consecuencia de la inanición y deshidratación, tales como intranquilidad, agitación, dolor etc.**)**

**Órganos, tejidos, fluidos de otros seres humanos o seres vivos** **(**indicar rechazo o aceptación para recibirlos; también se pueden indicar terapias alternativas a dichos métodos: ej. en lugar de transfusiones plasma marino <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4989312.pdf> ) .

**En caso de que se me haga una transfusión de sangre** rechazo (o acepto) el acceso al banco de donantes y solicito que sean donantes ........(nombre, DNI y teléfono).

**Vacunas y otras terapias susceptibles de modificar el genoma humano** **(**indicar rechazo o aceptación**).**

**Fármacos que anulen o limiten en extremo la conciencia y la actividad cerebral** (indicar aceptación o rechazo, por ejemplo, morfina u otros)

**Prueba de apnea u otro tipo de pruebas (**indicar aceptación o rechazo)

**Quimioterapia y radioterapia (**indicar aceptación o rechazo).

Etc.

**INSTRUCCIONES POST MORTEM**

**Sobre autopsia** (indicar si os oponéis en cualquier caso o en determinados casos, si os oponéis a determinado tipo de autopsia, o a una autopsia que desfigure mi cadáver, si aceptáis solo autopsia judicial, etc.).

**Sobre incineración o enterramiento** (elegir opción y añadir todos los detalles que deseéis para estos actos**)**

**Sobre** **asistencia espiritual** (elegir si queréis dicha asistencia y concretar detalles)

**Sobre extracción de tejidos, órganos o células** (elegir si las aceptáis o rechazáis. En uno y otro caso especificar si la aceptación o rechazo es tanto para trasplantes como para fines de investigación)

Lugar y fecha Firma del otorgante

Firma de testigos

(en caso de haber elegido esta modalidad)

|  |
| --- |
| Domo Acción Galicia no se hace responsable del uso indebido de este documento y aconseja, ante las dificultades o dudas, sobre el contenido del testamento vital o los pasos a dar ante la Administración, acudir a un profesional del Derecho para la ayuda que se pudiera precisar en la materialización del testamento vital. |