



Declaración de instrucciones previas y voluntades anticipadas

A mi familia, al personal sanitario, a mi párroco o al capellán católico:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo el que suscribe
de sexo, nacido en
con fecha, con DNI o pasaporte nº
de nacionalidad, con domicilio en (localidad, calle, número)
.....
y con número de teléfono

Manifiesto

Que tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo:

Pido que, si llegara a padecer una enfermedad grave e incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o cualquier otra situación crítica; que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento; que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el "suicidio médicamente asistido", ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico y que se me administren los sacramentos pertinentes.

Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad.



Designo para velar por el cumplimiento de esta voluntad, cuando yo mismo no pueda hacerlo,

a
DNI, domicilio en (localidad)
y teléfono

Y designo como sustituto de este representante legal, para el caso de que éste no pueda o quiera ejercer esta representación, a

.....
DNI, domicilio en (localidad)
y teléfono

Aceptación del representante. Firma

Aceptación del sustituto. Firma

--	--

Faculto a estas mismas personas para que, en este supuesto, puedan tomar en mi nombre, las decisiones pertinentes.

Los datos personales facilitados para la tramitación de la solicitud contenida en este documento, serán tratados, para gestionarla, por el Obispado de la Diócesis de Vitoria, C/ Vicente Goicoechea 7, 01008 Vitoria-Gasteiz (contacto delegado Protección de Datos dpd@diocesisvitoria.org) a través de su delegación de Pastoral de la Salud. Dicho tratamiento se basa en el consentimiento del interesado y en la realización de funciones propias de la iglesia católica, en el ámbito de sus actividades legítimas y en relación con sus fines religiosos.

Se comunicarán datos al Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, gestionado por el departamento de salud del Gobierno Vasco. No se realizan transferencias internacionales de datos. Puede, cuando proceda, acceder, rectificar, suprimir, oponerse, pedir la portabilidad de los datos, limitar el tratamiento, y no ser objeto de decisiones sólo automatizadas, como se detalla en la información adicional y completa en la política de privacidad de nuestra web www.diocesisvitoria.org.

Firma del declarante

--

DNI

Fecha



Testigo: , DNI

Domicilio:

Teléfono:

El **testigo declara**: ser mayor de edad, con plena capacidad de obrar; no estar vinculado con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna; y que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo hace plenamente consciente, sin que le conste al testigo que haya sido incapacitada judicialmente, o que exista coacción en su decisión.

Firma del testigo

Testigo: , DNI

Domicilio:

Teléfono:

El **testigo declara**: ser mayor de edad, con plena capacidad de obrar; no estar vinculado con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna; y que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo hace plenamente consciente, sin que le conste al testigo que haya sido incapacitada judicialmente, o que exista coacción en su decisión.

Firma del testigo

Testigo: , DNI

Domicilio:

Teléfono:

El **testigo declara**: ser mayor de edad, con plena capacidad de obrar; no estar vinculado con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna; y que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo hace plenamente consciente, sin que le conste al testigo que haya sido incapacitada judicialmente, o que exista coacción en su decisión.

Firma del testigo