

Yo,.....  
....., **mayor de edad, con el DNI/CI/LC. N°.....con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente para reflexionar, manifiesto mi aceptación y/o rechazo de los tratamientos y cuidados que describo más adelante en este documento, para que se tenga en cuenta en el momento en que me encuentre en una situación en la que no pueda ya expresar personalmente mi voluntad, por mi estado físico y/o psíquico.**

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

- una situación terminal.
- una situación con inconsciencia permanente
- una situación con mínima conciencia en la cual yo sea permanentemente incapaz para tomar decisiones o expresar mis deseos.

Deseo además que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de dolor o sufrimiento; en este sentido, deseo la asistencia necesaria para proporcionar un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.

También comprendo que aún no estando obligado a especificar todos los futuros tratamientos a los que renuncio, quiero expresar mi decisión sobre las siguientes formas de tratamiento: **(Marcar con una cruz)**

- ..... **No deseo reanimación cardiopulmonar.**
- ..... **No deseo ventilación mecánica.**
- ..... **No deseo ninguna forma de diálisis.**
- ..... **No deseo alimentación e hidratación artificiales.**
- **No deseo.....**

Deseo que los tratamientos indicados no den comienzo, pero si, por alguna razón o circunstancia esto hubiera sucedido, deseo que los tratamientos sean retirados cuando se haya llegado a la conclusión que la condición es irreversible en el estado general de los conocimientos a la época en que la decisión deba ser adoptada.

**Ya que.....  
CI/LC/DNI..... conoce mis modos de pensar, lo  
designo para que - si estuviera accesible en la oportunidad - sirva  
como interlocutor para la interpretación del presente documento, en  
aquello que pueda considerarse dudoso o poco claro.**

He requerido que esta manifestación anticipada de mi voluntad sea incorporada a la información médica sobre mi persona, de modo tal que todos quienes la consulten puedan conocerla.

Se me ha informado además sobre la posibilidad de dejar constancia de mi aceptación / no aceptación para la donación de órganos que se consigna en el formulario correspondiente.

Firma del paciente y Aclaración \*

Firma de familiar o allegado y Aclaración (optativo)

Firma y sello del médico \*