

ANEXO ÚNICO (Artículo 17)
DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Yo,, mayor de edad, con DNI - LC - Pasaporte N°
....., nacido el día.....de..... y con domicilio en
..... número....., Localidad Provincia
.....

MANIFIESTO que tengo conocimiento de que:

La Ley N° 10058 por la que se establece, regula y garantiza el derecho a una Declaración de Voluntad Anticipada en la Provincia de Córdoba, considera esta declaración como el cauce para el ejercicio del derecho personalísimo del individuo a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de la capacidad para expresarse por sí mismo.

Con plena capacidad de obrar, tras una serena y adecuada reflexión para tomar una decisión de manera libre y voluntaria y con la información suficiente, formalizo mediante este documento mi **DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA** para lo cual:

DECLARO por medio del presente instrumento las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que ésta no se prolongue mediante sistemas o técnicas artificiales extraordinarias cuando la situación sea irreversible. Por este motivo, deseo que se respeten los principios y derechos antes mencionados en las situaciones médicas como las que se especifican a continuación o en cualquier otra que, a juicio de los médicos que me atiendan, sean asimilables:

- Enfermedad irreversible y terminal, que conduce inevitablemente a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico, permanente y prolongado.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.

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:

1. 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.
2. Se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico que me ocasione mi enfermedad.
3. Sin perjuicio de las decisiones tomadas, se me garantice la asistencia necesaria adecuada para procurarme una muerte digna.
4. No se me administren tratamientos complementarios ni terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para la recuperación y prolonguen inútilmente mi vida.
5. Si estuviera embarazada y me encontrara en alguna de las situaciones anteriores, deseo que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente al feto.

El rechazo de los medios excepcionales o desproporcionados no equivale al suicidio o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa sencillamente la aceptación de la condición humana y el derecho a la dignidad.

Departamento
Protocolización
Anexo
Ley10058
Decreto541
Convenio.....
Fecha: 5 JUN 2012


GUILLERMO ARIAS
SECRETARIO LEGISLATIVO
Legislatura de la Provincia de Córdoba




GUILLERMO ARIAS
SECRETARIO LEGISLATIVO
Legislatura de la Provincia de Córdoba

Ante la pérdida de la capacidad de expresarme, es mi intención que esta Declaración sea respetada por mi familia y por mi médico o institución de salud, como la expresión última de mi derecho legal a rechazar medidas sanitarias desproporcionadas, y ACEPTO las consecuencias, siendo mental y emocionalmente competente para firmarla.

Lugar y Fecha

.....
Firma del Declarante

.....
Firma de Autoridad Competente

DESIGNO COMO MI REPRESENTANTE para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad, a, con DNI Nº, con domicilio en Teléfono

En consecuencia, AUTORIZO a mi representante para que garantice el cumplimiento de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

.....
Firma del Declarante

ACEPTO la designación y estoy conforme en ser el representante de
COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO en seguir las instrucciones expresadas en este documento por la persona que represento. ENTIENDO que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar ella misma estas instrucciones ni voluntades y en el caso de que no haya revocado este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecte.

Nombre y Apellido

DNI Nº

Lugar y Fecha

.....
Firma del Representante

Departamento	rotocolización
Apexo	10058
Ley	541
Decreto	
Convenio	
Fecha	5 JUN 2012


GUILLERMO ARIAS
SECRETARIO LEGISLATIVO
Legislatura de la Provincia de Córdoba


GUILLERMO ARIAS
SECRETARIO LEGISLATIVO
Legislatura de la Provincia de Córdoba

