



---

### Asociación Civil sin fines de lucro

Directores: Dr. Hugo Dopazo - Lic. Julia Gilmore  
Guatemala 6040 - (1425) Cap. Fed. Argentina  
Tel/Fax: (54-1) 771-0417

## Declaración de Voluntad

*A mi Familia, a mi Médico, a mi Abogado, a cualquier Institución Médica bajo cuyo cuidado yo estuviere, a cualquier persona que pudiera llegar a ser responsable de mi Salud, de mi Bienestar o de mis Negocios.*

*La muerte es algo tan natural como el nacimiento, el crecimiento, la edad madura o la senectud. En realidad, es lo único seguro en esta vida.*

*Si llegare el momento en que yo .....  
no pueda ya tomar parte en las decisiones que conciernen a mi propio futuro, pido que la siguiente declaración sea cumplimentada como una clara y fiel expresión de mi voluntad, hecha en estado de completa lucidez de mi entendimiento.*

*No temo a la muerte por sí misma, pero rechazo las miserias de la enfermedad, de la dependencia y del dolor sin esperanza. Asimismo, no quiero abusar involuntariamente del amor, de los cuidados y de los desvelos de mis familiares y amigos.*

*Si me encontrare bajo una condición física o mental **incurable o irreversible** y sin expectativas de curación, solicito que el médico que se encuentre al cuidado de mi persona interrumpa o retire cualquier tipo de tratamiento **que solo sirva para prolongar el proceso de mi muerte.***

*Estas instrucciones se aplican: 1) en una condición **terminal**, 2) bajo un estado **permanente de inconciencia**, 3) si estoy conciente pero tengo un **daño cerebral irreversible** y sin poder recobrar nunca mas, la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos.*

***Pido que el tratamiento que reciba se limite a las medidas necesarias para mantenerme confortable, lúcido/a y aliviarme el dolor, incluyendo cualquier dolor que pueda ocurrir como consecuencia de la suspensión o interrupción del tratamiento.***

*Desde que no puedo ser específico/a con relación a futuros tratamientos, si me encontrare en las condiciones más arriba descritas, quiero expresar mi firme voluntad en especial sobre las siguientes formas de tratamientos:*

- No quiero resucitamiento cardíaco***
- No quiero respiración mecánica***
- No quiero alimentación por sonda***
- No quiero recibir sobredosis de medicamentos que obnuble mi conciencia.***

*Otras directivas: ( insertar instrucciones personales como por ejemplo, el deseo de morir en la propia casa, recibir antibióticos, etc.).....*  
.....  
.....

*Mi propósito es que estas instrucciones se lleven a cabo, a menos que yo las haya rescindido a través de un nuevo escrito o de una indicación clara de mi parte de que he cambiado de idea.*

*Firmo esta solicitud después de una cuidadosa reflexión, en plenitud de conciencia y ante dos testigos. Tengo la esperanza de que las personas que cuiden de mi se sientan moralmente obligados a cumplirla, reconozco que ello puede representar una gran responsabilidad, pero es precisamente con el fin de aliviarlas de esta responsabilidad y de colocarla sobre mí mismo/a que hago y firmo la presente declaración.*

Fecha.....	Firma.....
Dirección.....	Doc. Ident. ....
Localidad.....	C.P. .... Tel. ....
Testigo:.....	
Dirección: .....	
Testigo: .....	
Dirección: .....	
Por <b>Niketana</b> .....	