

No. TESTAMENTO VITAL - MANIFESTACION DE VOLUNTAD ANTICIPADA.

Por ***** En la ciudad de Montevideo, el día doce de junio de dos mil diecisiete, ante mí, María José Sánchez Lencina, Escribana Pública, y testigos, comparece: la señora ********* uruguaya, mayor de edad, casada en terceras nupcias con ******** titular de la Cédula de Identidad número *******, domiciliada en la calle ******* número ******* de esta ciudad, nacida en Montevideo el día *******. **Y PARA QUE LO CONSIGNE, EN ESTE, MI PROTOCOLO**, en plenitud de sus facultades mentales, libremente y tras una meditada reflexión, **EXPRESA:**

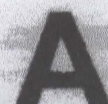
PRIMERO. Que en el supuesto de encontrarme en condiciones en que no pueda decidir sobre mi atención médica como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontrarme en alguno de los estados clínicos que se enumerarán en la cláusula QUINTO de la presente escritura, y si los médicos diagnostican el estado terminal de una enfermedad incurable e irreversible, digo que mi voluntad anticipada es la que se expresará en las siguientes cláusulas. **SEGUNDO.** Que por la presente escritura y de acuerdo al artículo 2 de la ley 18.473, expreso mi voluntad anticipada de que me opongo a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen mi vida en detrimento de la calidad de la misma, si me encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible. Que no se dilate mi vida por medios artificiales tales como técnicas de soporte vital y fluidos intravenosos, medicamentos o suministro artificial. **TERCERO.** Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico, causados por la enfermedad o falta de fluidos o alimentación, aún en el caso de que puedan acortar mi vida. **CUARTO.** Que si me encontrare en un estado especialmente deteriorado, se me administren los fármacos

necesarios para acabar definitivamente, en forma rápida e indolora, los padecimientos expresados en la cláusula anterior. **QUINTO.** Que los estados clínicos a los que hace mención en la cláusula PRIMERO son: I) daño cerebral severo e irreversible; II) tumor maligno diseminado en fase avanzada; III) enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular en fase avanzada con importante limitación de su movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico, si lo hubiere; IV) demencias pre-seniles, seniles o similares; y otras enfermedades o situaciones de gravedad comparables a las anteriores. **SEXTO.** Que de acuerdo a lo establecido por el artículo 6 de la ley 18.473, designa como su representante para que vele por el cumplimiento de la voluntad anticipada establecida en esta escritura a su hija legítima ****, oriental, mayor de edad, casada en únicas nupcias con **** titular de la cédula de identidad número **** domiciliada en la calle *** número *** de esta ciudad quien suscribe la presente escritura en señal de aceptación y toma de conocimiento del cargo, quien deberá seguir las instrucciones expresadas en este documento y tomar todas las decisiones necesarias a tal fin. **SEPTIMO.** Manifiesta que libera a los médicos que la atiendan y asistan a sí como a todo el personal de enfermería interviniente, de toda responsabilidad civil, profesional, laboral o penal que pueda derivarse por llevar a cabo en forma precisa las instrucciones establecidas en el presente testamento vital. **OCTAVO.** La compareciente se reserva la facultad de revocar estas disposiciones en forma total o parcial en cualquier momento, en forma verbal o escrita, sin expresión de causa alguna. **NOVENO.** Solicita al designado representante que en cumplimiento de lo establecido por el artículo 2 de la Ley número 18.473, incorpore a su Historia Clínica un testimonio de la primera

copia que de esta escritura expida el autorizante, en la institución médica que corresponda. **Y YO ESCRIBANA AUTORIZANTE HAGO CONSTAR QUE:** A) Conozco a la compareciente, a la representante designada y a los testigos. B) He leído e informado a la compareciente las disposiciones de la ley 18.473 cuyo contenido la suscrita Escribana le ha hecho conocer y sobre cuyo tenor le ha prestado el debido asesoramiento. C) Lectura y Otorgamiento: Esta manifestación de voluntad es leída por la suscrita Escribana en alta voz y con clara dicción a la compareciente *** en presencia de los testigos hábiles, ambos de mi conocimiento: 1) Escribana ***, oriental, mayor de edad, titular de la cédula de identidad número ***, domiciliado en la calle ** de Montevideo, y 2) la Escribana ***, oriental, mayor de edad, titular de la cédula de identidad número ***, domiciliado en *** de Montevideo, en un solo acto, estando todos simultáneamente presentes, y la compareciente, la representante designada y testigos así la otorgan y suscriben por ante mí, expresando hacerlo con sus firmas habituales, de lo que doy fe. D) Referencia: Esta escritura sigue inmediatamente a la número



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE
DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ÓRGANOS

REGISTRO NACIONAL DE DONANTES

EXPRESIÓN DE VOLUNTAD

IMPORTANTE: Complete el siguiente formulario en **letra impresa, clara y colocando una(1) letra o espacio en cada cuadro** lo que facilitará la lectura e interpretación de la información. Recuerde que se trata de un documento de carácter legal. A este formulario debe adjuntarse una fotocopia del documento de identidad de la persona que expresa su voluntad y de los testigos en caso de ser necesarios.

FECHA / / DEPARTAMENTO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ CEDULA ☐ PASAPORTE ☐ OTRO

NUMERO PAIS ☐ URUGUAY ☐ OTRO

1er NOMBRE

2do NOMBRE

1er APELLIDO

2do APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO / / SEXO ☐ M ☐ F

De acuerdo a la Ley N°18.968, en mi calidad de mayor de edad y en pleno uso de mis facultades:

☐ NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN

☐ OTORGO MI CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN ☐ TOTAL ☐ PARCIAL

ESPECIFICAR

FIRMA

* Si la persona que expresa su voluntad no supiere o pudiere firmar deberán completarse los datos de dos(2) testigos en el reverso de este formulario. También deberán adjuntarse las fotocopias de sus documentos de identidad.

FUNCIONARIO

INSTITUCION ()

CODIGO

NOMBRE

FIRMA FUNCIONARIO

SELLO INSTITUCION

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

☐ CEDULA

PASAPORTE

☐ DNI☐ OTRO

NUMERO

[illegible]

En caso de tratarse de una relación de identidad, indíquese cuáles son los datos verificados:

PAIS

URUGUAY

0190

CONTRAFIRMA

[illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CEDULA

PASAPORTE

ONE

☐ OTRO

NUMBER

[illegible]

El caso de traslado de una vertiente de plantas leñosas desde industria al distrito verificado

PAIS

URUGUAY

0780

CONTRAFIRMA

[illegible]

APellidos Nombres: