

Testamento vital

en lo relacionado con la psiquiatría

Debe firmarse la siguiente declaración y si es posible hacer que un notario la certifique y además tener como testigos a un miembro de la familia que sea de confianza y/o a un confidente. Haga varias copias notariadas. Es posible que los tribunales no reconozcan el Testamento vital a menos que esté en los archivos de un abogado; por lo tanto, entregue una copia a su representante legal y a cada una de las personas que se nombran a continuación. También se recomienda que envíe una copia a la Comisión Ciudadana de Derechos Humanos de España. Su oficina se encuentran en la calle Del Principe, 12, 4ªA Despacho nº4, 28012, Madrid.

"TESTAMENTO VITAL" EN LO RELACIONADO CON LA PSIQUIATRIA

(Instrucciones anticipadas de protección)

Yo, _____ nacido en _____
el _____, dirección actual _____

Estando en pleno uso de mis facultades mentales, de manera voluntaria hago conocer mi deseo, de que si se considera o decide que se me someta a reclusión u hospitalización involuntaria (también conocida como internamiento o confinamiento involuntario) en un hospital, pabellón, instalación, casa o clínica psiquiátricos, y/o que se me someta a procedimientos psiquiátricos que incluyen fármacos psicotrópicos (que incluyen pero no se limitan a antipsicóticos, drogas para la ansiedad, benzodiazepinas, tranquilizantes, antidepresivos psicoestimulantes o estabilizadores del estado de ánimo) o cualquier otra terapia psiquiátrica física o biológica, ordeno que tal reclusión, hospitalización, tratamiento o procedimientos no me sean impuestos, practicados, ni se utilicen en mi persona.

Me niego a tener contacto con cualquier psiquiatra, psicólogo u otro tipo de profesional de salud mental similar y rechazo sus tratamientos, pues de acuerdo con mis convicciones filosóficas y/o religiosas, ellos no diagnostican adecuada o acertadamente y tales diagnósticos pueden darse como una falsa acusación de mi comportamiento y/o creencias y prácticas; me estigmatizan y son por ende una amenaza a mi reputación y a mi bienestar físico y mental. Cualquiera de sus tratamientos, que se me administren en contra de mis deseos expresos, son una intrusión y una agresión a mi cuerpo, y desde mi punto de vista constituyen una agresión criminal.

Entre otras situaciones, las instrucciones y posiciones anteriores se aplican en cualquier caso en el que mi capacidad o habilidad para dar instrucciones esté o se diga que está deteriorada, o yo me encuentre en un estado de inconsciencia, o mi comunicación esté real o legalmente imposibilitada. También se aplica en caso de que cualquier psiquiatra, psicólogo, practicante de salud mental, agente del ministerio público o persona afirme que es una cuestión de "vida o muerte" que requiera una intervención de emergencia y/o tratamiento bajo cualquier ley de reclusión involuntaria o autoridad legal similar. En ausencia de mi capacidad para dar futuras instrucciones en relación a lo anterior, es mi intención que mi familia y el (los) médico(s) respeten esta declaración como una expresión de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico o quirúrgico. Nombro y autorizo a los abogados que se mencionan a continuación para iniciar los procedimientos apropiados en mi nombre, si se viola la declaración hecha anteriormente; y por medio de la presente tienen mi permiso para llevar a

cabo cualquier procedimiento penal y/o civil necesario para rectificar tal violación. Por medio de este documento autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que pongan en vigor esta declaración de mi intención:

(Nombre del abogado)

Información para contactarlo

(Miembro de la familia u otra persona)

Información para contactarlo

Esta declaración también se aplica a mis agentes legales, tutores, familia, albaceas o cualquier otra persona que tenga derecho legal o de cualquier otro tipo para hacerse cargo de mis asuntos.

Firma

Fecha

Dirección

Firma del notario /juez de paz /abogado, etc.

Nombre del notario, etc.

Doy fe, el día (fecha en que el notario fue testigo de la firma notariada)

en (lugar donde se hizo la testificación ante notario o la firma)