

Declaración de capacidad/incapacidad para otorgar testamento

Caso práctico

XXX, médico, colegiado en... con el número... ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL Y FORENSE, con gabinete de peritaciones en...

INFORME PERICIAL MEDICO-LEGAL

ASUNTO:

* Juzgado X

ENCARGO PERICIAL:

* Por la parte actora:

“Pericial Judicial...para que, con la documentación solicitada al Hospital X (Historia Clínica completa) y cuantos documentos e informes obren en autos y/o consultas necesitare recabar de los profesionales médicos especialistas, placas de TAC, etc, emita dictamen médico-legal acerca de la capacidad física y psíquica de D. X en la fecha de otorgamiento de testamento, 4 de Junio de 2003, atendiendo a todos los diagnósticos, sintomatologías y medicación, con relación directa o indirecta con sus facultades volitivas y repercusión sobre su capacidad, a fin de determinar si tenía o no facultades de discernimiento y voluntad para cuidar de sí mismo, de administrar y disponer de sus bienes”.

ESTUDIOS MÉDICO-PERICIALES REALIZADOS:

1. Estudio y análisis de la Historia Clínica aportada a autos.
2. Estudio médico-legal del concepto de capacidad de obrar.

A) **RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN EXAMINADA CON SELECCIÓN DE DATOS DE INTERÉS MÉDICO-LEGAL**

1. CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL. Dra. X. 28-10-04

* Patologías descritas:

-En 1994 cuadro de mareo, estupor y desorientación. Ingreso. TAC: infarto isquémico temporo-occipital con marcados signos de atrofia cerebral. Arritmia cardiaca por fibrilación auricular.

-Frecuentes las consultas por mareos y pérdida de memoria.

-Año 2000: Ictus Cerebeloso Izqdo posiblemente de origen cardioembólico. Anticoagulación oral con Sintrom.

-Año 2001: síntomas miccionales, Neoplasia de próstata, sondaje urinario permanente.

-Año 2002: Metástasis óseas en pala iliaca dcha y cuello femoral. Radioterapia paliativa e iniciando Morfina transdérmica.

-Última visita: aproximadamente veinte días antes de su fallecimiento, observando un claro deterioro físico y cognoscitivo (el paciente ni siquiera me conocía ni reaccionaba a estímulos).

-En conclusión: desde seis meses antes de su fallecimiento, no se encontraba en condiciones de discernimiento ni voluntad para cuidar de sí mismo ni para disponer ni administrar sus bienes, como consecuencia fundamentalmente de los Accidentes Isquémicos que venía sufriendo desde el año 1994 unido a su deterioro del estado general secundario a su neoplasia y al tratamiento farmacológico que se le suministraba (ciclofalina, Digoxina, Diuréticos, Suprefact Depot, Ansiolíticos y Morfina).

2. INFORME HOSPITAL X. 22-1-05

* Ingreso en Medicina Interna en junio 1994:

-Accidente Cerebrovascular isquémico transitorio. Arritmia por Fibrilación Auricular. Atrofia cerebral.

* Consultas externas de Neurología en junio 2000:

-Remitido por alteraciones en el equilibrio y coordinación motora con alguna caída al suelo, descartando Cardiología cuadro sincopal de causa cardiaca, de 2-3 meses de evolución.

*-A la exploración física: se refleja que el paciente presenta buen estado de salud para su edad, **MENTALMENTE BIEN** y sin signos de focalización neurológica ni de afectación extrapiramidal.*

-TAC cerebral: infarto antiguo a nivel de hemisferio cerebeloso izqdo.

* Ingreso en Servicio de Urgencias octubre 2000:

*-Ingresado por presentar crisis de unas 3 horas de duración con **DESORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL Y CONDUCTA REPETITIVA con CESIÓN ESPONTÁNEA Y POSTERIOR NORMALIZACIÓN NEUROLÓGICA.** Remitido a su domicilio.*

* Ingreso en Servicio de Neumología, octubre 2002:

-Diagnóstico de posible neoplasia de pulmón, sin confirmación histológica y pasando a control y tratamiento por Servicio de Oncología.

* Consulta externa de Oncología: controlado y tratado desde noviembre 2002.

-Juicio Diagnóstico: Masa pulmonar de origen no filiado. Adenocarcinoma de próstata. Metástasis pulmonares/vs/Neo de pulmón primario. Metástasis óseas.

3. INFORME HOSPITAL X. M. INTERNA. 5-6-94/9-6-94

* **Ingresada por SENSACIÓN DE MAREO, ESTUPOR Y DESORIENTACIÓN CON DIFICULTAD PARA EL HABLA Y FLOGEDAD GENERALIZADA.**

* TAC cerebral: infarto isquémico temporo-occipital, marcados signos de atrofia cerebral.

* **Evolución favorable CON CESIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DE INGRESO Y ACTUALMENTE ASINTOMATOLOGÍA GENERAL Y ORGÁNICA.**

* Diagnóstico: *ACVA isquémico transitorio. Arritmia por Fibrilación Auricular. Atrofia cerebral.*

4. INFORME HOSPITAL. X. NEUMOL. 2-10-02/25-10-02

* Acude a urgencias enviado por médico familiar por hallazgo radiológico, cuadro catarral, dolor en hemitorax izqdo.

* **Antecedentes: trombosis cerebral hace 7 años SIN SECUELAS.**

* Soltero. **BUENA CALIDAD DE VIDA.** Convive con hermanos.

* Exploración Física: **consciente, orientado...Buen estado general...No focalidades neurológicas.**

* Diagnóstico: descartar neo de pulmón.

5. INFORME HOSPITAL X. ONCOLOG. 13-1-05

* Valorado en primera visita el 4-11-02, con diagnóstico de masas pulmonares.

* **Antecedentes: PRESENTÓ ICTUS CEREBRAL HACE YA 7 AÑOS SIN SECUELAS POSTERIORES.**

* A la exploración clínica el paciente presentaba un **ESTADO GENERAL CONSERVADO, CONSCIENTE Y ORIENTADO.**

* **El paciente empezó a presentar en enero 2003 mal estado general por dolor a nivel de cadera derecha, precisando tratamiento con analgésicos. Recibió tratamiento local con radioterapia.**

* Recibió tratamiento entre el 27-2-03 y 21-3-03. Continuó con controles médicos en Oncología presentando mejoría del dolor a nivel de cadera y con disnea a moderados esfuerzos.

* **LA ULTIMA REVISIÓN EL 17-6-03 PRESENTABA DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES CON NECESIDAD DE AYUDA PARA ANDAR.** El tratamiento que llevaba en ese momento era el de su fibrilación auricular asociado a analgésicos y bloqueo androgénico por su neoplasia de próstata.

6. HOJA DE MEDICACIÓN. 21-7-03

-*Ciclofalina 800; Digoxina; Ameride; Sintrom; Suprefact Depot;*

-*Durogesic 50 cada 3 días.*

-*Resource; Borea; Zometa; Xalatan;*

-*Orfidal 2 comp al anochecer.*

-*Rivotril 2mg, 1/2 comp al acostarse*

7. INFORME DR. X. 12-1-05

* "...la última visita fue el 11-6-03 y aunque era evidente el deterioro físico que iba presentando en ningún momento observé un marcado deterioro cognitivo que le impidiese expresar su voluntad".

8. INFORME DR. X. 15-1-05

* "...visitado desde el 13-7-98 hasta el **6-6-03** a consecuencia de cardiopatía esclerosa con arritmia completa por fibrilación auricular. A lo largo del periodo citado en todas las visitas realizadas recordaba el tratamiento prescrito y las tomas diarias de cada medicamento. No aprecié en ningún momento desorientación ni deterioro psíquico significativo".

9. COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA REMITIDA AL JUZGADO POR EL HOSPITAL X

(Se intentará no repetir lo mencionado en otros informes)

* Hojas de evolución: 6-6-94/9-6-94: *Asintomático.*

* Informe de Urología. 3-2-95

* RMN cerebral 27-7-95: *Aumento de tamaño de los surcos corticales de características involutivas. Pequeño infarto lacunar a nivel posterior del núcleo lenticular derecho.*

* Neurología. Hoja de evolución 20-6-95: *No se aprecia deterioro intelectual ni focalidad.* 6-9-95 *No deterioro intelectual.*

* Hoja interconsulta a Neurología. 26-4-00: *alteración del equilibrio e incoordinación motora, sin pérdida de conciencia. Posible vértigo de causa circulatoria.*

* Hojas de evolución. Neurología. 14-6-00 (*consulta por pérdida de equilibrio desde hace unos 4 meses. Hace 6 años ictus con desorientación. Ha caído al suelo 2 veces por desequilibrio. Exploración: buen estado de salud para su edad. Mentalmente bien. Neurológico normal, camina sin ayuda. Trastorno de la marcha.* 29-8-00. 13-12-00 (*El 2-10-00 episodios de conducta repetitiva preguntando siempre lo mismo de varias horas de duración. Se nota lento de ideas, mareo, marcha estable*). 6-6-01 (*Buen aspecto*). 3-12-01.

* TAC cerebral, 29-6-00: *imagen compatible con infarto antiguo a nivel de hemisferio cerebeloso izqdo. Subdurales crónicos o higromas frontoparietales bilaterales.*

* Médico de cabecera. Informe de consulta. 2-10-00: *antecedentes de AVC sin secuelas neurológicas. Desde ayer comienza con clínica de embotamiento mental e ideas persistentes, circumloquios. Probable ictus.*

* Hoja de urgencias. 2-10-00: *Ictus cerebeloso izqdo feb 2000. Acude por tres episodios en periodo de 48 h de 3 h de duración de conducta repetitiva (pregunta repetidamente lo mismo) que el paciente no recuerda, refieren episodio de desorientación temporal (“despistado”). Probable Accidente Isquémico Transitorio.*

* Hoja de evolución. Cardiología. 17-3-00 (*“remitido por síncope pero en realidad dice que no perdió el conocimiento, sólo notó alteración del equilibrio y se cayó al suelo. Ya está diagnosticado de fibrilación auricular”*). 13-2-01 (*se encuentra bien. Estuvo ingresado en feb 00 por ictus cerebelosos izqdo.* 20-11-01 (*refiere tener las piernas hichadas al final del día*). 4-12-02 (*estable desde el punto de vista cardiológico. Revisión en un año*).

* Hoja de urgencias. 23-8-00: *dolor en pie izqdo.*

* Hoja de urgencias. 29-8-00: *celulitis antepié.*

* Hoja de anamnesis. cirugía: *celulitis pié izqdo.* 25-9-00; 30-10-00; 30-10-00;

* Hojas de evolución. Urología. 19-11-01, 7-1-02, 20-5-02, 8-7-02, 11-11-02, **23-6-03**

* Urgencias. 2-10-02: *masa pulmonar a estudio. Fibrilación auricular. Prostatismo.* Hojas de evolución: *Buena calidad de vida. Buen estado general.* 15-10-02 *Asintomático.* 24-10-02 *Se encuentra bien.* 25-10-02 *Asintomático.*

* **Historia clínica del Centro de Salud:** 3-02, 23-7-02 (*le han propuesto intervención de próstata, de momento no quiere*). 10-02, 23-12-02, 24-3-03, 28-4-03 (Durogesic 50), 13-5-03, 8-5-03 Deterioro progresivo lento. 11-6-03, 8-7-03 Recetas. Exitus.

B) **CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES SOBRE LA DOCUMENTACIÓN EXAMINADA**

1. La Doctora de Atención Primaria no menciona ni aporta la Historia Clínica del paciente, donde podrían objetivarse, con el debido rigor, cronológicamente ordenadas, las visitas y asistencias al paciente, con los diagnósticos, tratamientos y observaciones correspondientes. Parece hablar, pues, “**de memoria**”, cuando refiere que su última visita al paciente fue “aproximadamente veinte días antes de su fallecimiento”, y cuando recuerda que “desde seis meses antes de su fallecimiento no se encontraba en condiciones de discernimiento ni voluntad...”.

Por otra parte, la historia clínica aportada por el coordinador médico del Centro de Salud, no refleja ninguna patología física o mental que apoye este certificado y esta “calificación de incapacidad”, y tan sólo se encuentran anotadas las fechas de 10 visitas desde el año 2002 con una información médica muy poco rigurosa.

2. Informes médicos que describen el estado del paciente en fechas próximas al testamento (Testamento: **4-6-03**):

--La del Servicio de Oncología del **17-6-03** ,y en ningún momento allí se reflejan alteraciones mentales:

“LA ULTIMA REVISIÓN EL 17-6-03 PRESENTABA DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES CON NECESIDAD DE AYUDA PARA ANDAR. El tratamiento que llevaba en ese momento era el de su fibrilación auricular asociado a

analgésicos y bloqueo androgénico por su neoplasia de próstata. El paciente fue citado al mes siguiente falleciendo en su domicilio en julio 2003”.

--Informe del Dr. x:

“...la última visita fue el **11-6-03** y aunque era evidente el deterioro físico que iba presentando en ningún momento observé un marcado deterioro cognitivo que le impidiese expresar su voluntad”.

--Informe del Dr. x:

“...visitado desde el 13-7-98 hasta el **6-6-03** (dos días después del testamento) a consecuencia de cardiopatía esclerosa con arritmia completa por fibrilación auricular. A lo largo del periodo citado en todas las visitas realizadas recordaba el tratamiento prescrito y las tomas diarias de cada medicamento. No aprecié en ningún momento desorientación ni deterioro psíquico significativo”.

--Hoja de evolución de Urología, **23-6-03** (*le han dado radioterapia en pala iliaca*).

C) ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL CONCEPTO MÉDICO-LEGAL DE LA CAPACIDAD DE OBRAR¹

* La aptitud de la persona para ser sujeto de relaciones jurídicas recibe el nombre de *capacidad jurídica*.

* La capacidad jurídica supone aptitud general para ser titular de derechos y obligaciones, y ser parte en relaciones jurídicas. No implica actividad alguna y por eso no requiere en la persona ninguna otra cualidad.

* Cosa diferente es la *capacidad de obrar*. Ésta alude a la aptitud de la persona para realizar actos jurídicos de manera directa y válida. La capacidad de obrar de la persona está íntimamente relacionada con su capacidad de querer o voluntad consciente.

* En algunos casos la persona carece de aptitudes psicológicas o biológicas para actuar con independencia en la vida de relación y, por tanto, en la vida

jurídica: así, quienes padecen enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que les impiden gobernarse por sí mismos (art. 200 del Código Civil).

* Aquel sector de la actividad jurídica de la persona que implica autogobierno se refiere a la adopción de decisiones que versan sobre sus propios intereses.

* La *capacidad de obrar* presupone la existencia en la persona de cualidades y condiciones que determinan su voluntad libre y consciente. Exige, por tanto, ciertas condiciones de madurez biológica, de madurez psíquica y de salud mental, cuya ausencia determina la restricción de la capacidad, la prohibición o la limitación en el obrar con eficacia jurídica.

* Los elementos integrantes de la capacidad, desde el punto de vista médico-legal, son:

1. Una suma de conocimientos acerca de los derechos y deberes sociales y de las reglas de la vida en sociedad.

2. Un juicio suficiente para aplicarlos en un caso concreto.

3. La firmeza de voluntad precisa para inspirar una libre decisión.

Elementos que, desde el punto de vista práctico, pueden reducirse a dos: la inteligencia y la voluntad necesarias para obrar con conocimiento en un determinado momento.

* Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

La deficiencia psíquica se refiere a la disminución o pérdida del nivel intelectual o de comprensión de la persona. La enfermedad comprende todos los trastornos mentales en los que puede estar conservada la inteligencia, pero afectadas otras funciones psíquicas como el pensamiento, el estado de ánimo o los trastornos mentales que origina el abuso de sustancias, etc.

En los términos de enfermedad o deficiencia de carácter físico están comprendidas todas las enfermedades que, aun manteniendo la salud mental de la persona y su capacidad de comprender, limitan o impiden la posibilidad de expresarse, atender las propias necesidades de cuidados, alimentación, deambulación, y tanto actos de repercusión social y económica como actualmente se realizan de forma cotidiana; están representadas sobre todo por enfermedades cerebrales, neurológicas, sensoriales y musculares.

Todas las enfermedades mentales podrían dar lugar a la incapacitación. Lo mismo puede ser motivo de ésta una esquizofrenia que una epilepsia, una

demencia postraumática o de Alzheimer, siempre que afecten aquellos requisitos psicológicos que están en la base de la conducta humana y consciente, es decir, la inteligencia y la voluntad.

CAPACIDAD DE TESTAR

* El testamento es el acto por el cual una persona dispone, para después de su muerte, de todos sus bienes o parte de ellos.

* Es un acto personal de importantes repercusiones civiles, por ello requiere las exigencias psíquicas de inteligencia (capacidad de comprensión y de juicio) y de libertad para que sea válido. La inteligencia, el juicio, la capacidad de comprensión y raciocinio y la libertad se pierden o disminuyen por causas patológicas.

* La capacidad para testar se considera la regla, no la excepción, por lo que se entiende así a falta de prueba en contrario.

* Lo que interesa no es saber si existía en el momento de otorgar testamento una enfermedad mental concreta, sino si en el momento de realizar el acto de disponer de sus bienes, el sujeto era capaz de conocer y querer y en qué grado la naturaleza y el alcance de sus disposiciones.

* Dos son las condiciones exigibles, desde el punto de vista psicológico, para considerar válido un testamento:

1. El testador debe tener conciencia completa de lo que significa, desde el punto de vista material y legal, el acto testamentario; poseer una noción clara de la trascendencia de las disposiciones que formula, y disponer, al mismo tiempo, de los medios de hacer conocer su voluntad de una manera clara y limpia, ya sea oralmente o por escrito.

2. La manifestación de la voluntad del testador debe ser libre, es decir, que no haya sido inducida a error por violencias físicas o morales o, en fin, por trastornos patológicos de su actividad mental.

* Cuando se trata de procesos patológicos graves: esquizofrenias con notable alteración de la personalidad, demencias avanzadas, etc., no puede quedar duda alguna de que el sujeto carece de la capacidad de entender y querer. Pero en aquellos casos en que la enfermedad mental es de menor entidad, la incapacidad se presta a dudas, ya por la intensidad del trastorno, ya por la época a que se remonta el testamento. Las directrices que hay que seguir en el juicio médico-legal son las siguientes:

1. Es capaz de testar válidamente, aunque sea mentalmente defectuoso, aquel que sepa darse cuenta de la racionalidad de los motivos que le inducen a disponer voluntariamente de sus bienes en un determinado sentido.
2. La capacidad para testar está en proporción inversa con las complejidades de las disposiciones tomadas y con la relación que tengan con los hábitos del sujeto.

PERITACIÓN SOBRE EL ESTADO MENTAL DEL TESTADOR

DETERMINACIÓN A POSTERIORI DEL ESTADO MENTAL DEL TESTADOR.

* A menudo se impugna un testamento después de la muerte del testador alegando la incapacidad en que se encontraba aquél para hacerlo. En tal caso se plantea al perito el problema de hacer un diagnóstico y establecer un juicio médico-legal sin tener ante sí al sujeto objeto de la peritación. Ahora bien, siguiendo el principio de que la capacidad se supone a falta de prueba en contrario, hemos de limitarnos a demostrar la incapacidad y precisamente en el tiempo en que se otorgó el testamento.

* Los elementos que pueden ayudar a establecer un juicio médico-legal sobre la validez del testamento son:

1. Documentación clínica. En general, se trata de la historia clínica elaborada por el personal sanitario que atendía al paciente durante el período de tiempo periférico al momento de otorgar testamento. Las anotaciones que se recogen en la historia, aunque sean de naturaleza clínico-asistencial, pueden ser muy útiles ya que hacen referencia al grado de orientación, comunicación con las personas o el entorno, el estado neurológico, físico; el tratamiento que recibía nos habla del diagnóstico y de los síntomas que probablemente presentara el enfermo, etc. Es decir, que a través de una historia clínica bien hecha y completa, desde el punto de vista médico, se puede deducir el estado físico y mental del paciente y, puesto que en la historia se lleva un riguroso control horario, se pueden poner en mutua relación el momento de hacer el testamento y el estado psicofísico del testador.

2. Testamento. Representa una valiosa fuente de información. En los raros casos en que se trate de un testamento ológrafo, la escritura puede ser altamente reveladora. El contenido suministra importantes indicios sobre el estado mental del sujeto, apreciable en la claridad de los

razonamientos, en la justificación de los motivos, etc. Bien entendido que no se pueden dar reglas absolutas, ya que el contenido está ordinariamente estructurado por el notario.

3. Análisis de testimonios. El estado mental de una persona puede juzgarse, a falta de su examen directo, por sus actos, las manifestaciones de su afectividad y las expresiones de su conducta.

4. Los escritos realizados por el sujeto, antes y después del testamento.

* Del estudio de estos elementos de juicio, surgen a veces claros indicios de anormalidad que dan fe de que no existía la necesaria capacidad de conocer y querer en el momento de redactar el testamento. Los principales motivos de impugnación deducidos de este análisis son:

- Que se deshereden parientes próximos, pero siempre analizando las circunstancias del caso, relaciones afectivas, motivación aparente y profunda, etc.
- Que del testamento se deduzcan contrastes violentos con las directrices de la vida del testador.
- Que se hayan hecho en épocas próximas disposiciones testamentarias profundamente diversas.
- Que los motivos de las disposiciones aparezcan irracionales, sugeridos o dictados por motivos erróneos, inspirados por estados pasionales o emotivos, etc.
- Excentricidad de las disposiciones testamentarias.

D) CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES

En el presente caso se nos pregunta por la capacidad de obrar de un paciente en la fecha en que otorgó testamento.

La parte actora aporta un extenso Certificado Médico Oficial del médico de cabecera que se pronuncia sobre la incapacidad del paciente desde 6 meses antes y, sobre todo, desde 20 días antes de su fallecimiento.

Sin embargo, llama la atención y contrasta el contenido de este Certificado, con la parquedad de la Historia Clínica aportada por el Coordinador del

Centro de Salud, donde no aparece ninguna alteración patológica que apoye dicho Certificado.

A mayor abundamiento, existen sendos informes de varios especialistas que venían tratando al paciente (oncólogo, internista, cardiólogo y urólogo), los cuales refieren que en fechas muy cercanas a la fecha del testamento no detectaron anomalías patológicas que apoyen el diagnóstico del médico de cabecera.

En cuanto al tratamiento farmacológico que el paciente recibía por aquél entonces, tampoco se detecta el efecto poderoso de algún fármaco que pudiese enajenar su inteligencia y voluntad. El DUROGESIC® es un analgésico derivado opiáceo cuyo efecto secundario más importante es la depresión respiratoria y también se han descrito como más relacionados con el caso, entre otros, somnolencia y confusión, pero nada de esto fue diagnosticado por los especialistas. El ORFIDAL® y el RIVOTRIL® administrados por la noche como hipnótico y relajante muscular, son benzodiazepinas cuyo efecto suele desaparecer a la mañana siguiente y se han descrito como efectos secundarios, entre otros, en el caso del Orfidal: somnolencia, embotamiento afectivo y confusión, y en el caso del Rivotril: somnolencia, confusión, desorientación, disminución de la capacidad de concentración, etc., pero la existencia de estos síntomas en el paciente no aparece en la Historia Clínica. También debe considerarse que estas reacciones adversas no son efectos comunes de los fármacos y estadísticamente son poco frecuentes, y a veces están relacionadas con altas dosis del fármaco, lo cual no se da en el presente caso. También debe considerarse como propios de estos fármacos el fenómeno de la “tolerancia”, por el que la misma dosis va perdiendo efecto con el paso del tiempo, por lo que no puede considerarse excesivo administrar dos comprimidos por la noche de Orfidal.

Así, pues, del estudio médico-legal del caso se desprende claramente que no existen pruebas ni datos médicos que invaliden el testamento otorgado, por no poder demostrarse que el paciente tuviese mermadas sus capacidades de entendimiento y voluntad.

CONCLUSIONES

Del análisis exhaustivo y pormenorizado de la Historia Clínica del paciente se desprende que no hay ningún dato, elemento o factor patológico que indique que en la fecha en que otorgó testamento el paciente padeciese algún episodio o proceso patológico físico o psíquico que pudiese mermar o anular sus

facultades cognitivas y volitivas. Debe considerarse, pues, desde la óptica médico-legal, que el paciente mantenía íntegra su capacidad de obrar y era apto para la adopción de decisiones que versasen sobre sus propios intereses.

Lo cual es cuanto puedo manifestar en cumplimiento del encargo, mediante informe que consta de...13...folios mecanografiados por una cara, sellados, firmados y rubricados en ... a ... de ... del ...

Evelio González Prieto, 29.11.08
Especialista en Medicina Legal y Forense
e-mail: EVEGONPRI@telefonica.net