

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo (nombre y apellidos), mayor de edad, con DNI/NIE, nacido/a el (día/mes/año), con domicilio en (calle, nº, piso), municipio, provincia, código postal

MANIFIESTO:

Que tengo capacidad de obrar y que actúo libremente.

Que deseo que estas instrucciones sean tenidas en cuenta únicamente si llegara a encontrarme en situación de no poder expresar mi voluntad debido a mi deterioro físico y/o psíquico, no siendo capaz, de manera permanente, de tomar decisiones sobre mi atención sanitaria.

Que para mi es importante:

(Marque los que se correspondan con su proyecto vital)

- Poder comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico ni sufrimiento psíquico.
- Mantener independencia funcional suficiente para realizar las actividades propias de la vida diaria (comer, asearme, vestirme...).
- No prolongar la vida en sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.

Las SITUACIONES CLÍNICAS en las que se tendrá en cuenta este documento son: enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía, cualquier enfermedad o situación clínica grave e irreversible.

Mis INSTRUCCIONES sobre CUIDADOS y TRATAMIENTOS son:

(Teniendo en cuenta que las dos primeras opciones son excluyentes con la tercera, marque lo que desee)

- Que me proporcionen únicamente los cuidados de confort y tratamientos necesarios para mi bienestar y para aliviar al máximo mi dolor y sufrimiento.
- Que no me apliquen, o que se retiren si ya han comenzado a aplicarse, técnicas de soporte vital u otras dirigidas únicamente a prolongar mi supervivencia.
- Que me apliquen los cuidados y tratamientos necesarios para la estabilización, hasta donde sea posible, de mi enfermedad / situación clínica grave e irreversible.

Mi INSTRUCCIÓN en relación con la EUTANASIA es:

(Marcar SOLO si este es su deseo; de lo contrario no es necesario señalar nada)

- Quiero que se me facilite la prestación de ayuda para morir si me encuentro en alguno de los supuestos clínicos previstos en la Ley de regulación de la eutanasia (sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la ley).

Firma otorgante

Firma 1^{er} testigo

Firma 2^o testigo

Firma 3^{er} testigo

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Para el caso de encontrarme en situación de no poder manifestar mi voluntad, designo como **interlocutor/a** con el médico o el equipo sanitario que me atienda y para que tome decisiones en mi nombre, procurando el cumplimiento de mi voluntad, a:

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Con domicilio en:

Municipio: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el/la representante interlocutor/a, designo como **sustituto/a** a:

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Con domicilio en:

Municipio: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

Quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante en caso de duda en la interpretación de este documento y le autorizo para que tome decisiones con respecto a posibles tratamientos no contemplados en el mismo, siempre que no se contradigan con ninguna de las instrucciones que constan en el documento.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los firmantes como testigos declaramos que somos mayores de edad y que tenemos plena capacidad de obrar; que la persona otorgante es mayor de edad, que no nos consta que esté incapacitada, que actúa libremente y que firma el documento en nuestra presencia.

Así mismo, los firmantes como primer y segundo testigos declaramos no tener relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estar vinculados por matrimonio o análoga relación de afectividad ni por relación patrimonial con el/la otorgante.

Primer testigo

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Segundo testigo

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Tercer testigo

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Por último, solicito la inscripción de este documento en el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

En a de de 20

Firma otorgante

Firma 1^{er} testigo

Firma 2^o testigo

Firma 3^{er} testigo