

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Eu (nome e apelidos) , maior de idade, con DNI/NIE, nacido/a o (día/mes/ano), con domicilio en (rúa, nº, andar), concello, provincia, código postal

MANIFESTO:

Que teño capacidade de obrar e que actúo libremente.

Que desexo que estas instrucciones sexan tidas en conta unicamente se chegara a atoparme en situación de non poder expresar a miña vontade debido ao meu deterioro físico e/ou psíquico, non sendo quen, de maneira permanente, de tomar decisións sobre a miña atención sanitaria.

Que para mim é importante:

(Marque os que se correspondan co seu proxecto vital)

- Poder comunicarme e relacionarme con outras persoas.
- Non padecer dor físico nin sufrimento psíquico.
- Manter independencia funcional suficiente para realizar as actividades propias da vida diaria (comer, asearme, vestirme...).
- Non prolongar a vida en si mesma en situacións clinicamente irreversibles.
- Permanecer no meu domicilio habitual durante os últimos días da miña vida.

As SITUACIONES CLÍNICAS nas que se terá en conta este documento son: enfermidade incurable avanzada, enfermidade terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía, calquera enfermidade ou situación clínica grave e irreversible.

As miñas INSTRUCCIONES sobre COIDADOS E TRATAMIENTOS son:

(Tendo en conta que as dúas primeiras opcións son excluíntes coa terceira, marque o que deseja)

- Que me proporcionen unicamente os coidados de confort e tratamentos necesarios para o meu benestar e para aliviar ao máximo a miña dor e o meu sufrimento.
- Que non me apliquen, ou que se retiren se xa se comenzaron a aplicar, técnicas de soporte vital ou outras dirixidas unicamente a prolongar a miña supervivencia.
- Que me apliquen os coidados e tratamentos necesarios para a estabilización, ata onde sexa posible, da miña enfermidade / situación clínica grave e irreversible.

A miña INSTRUCCIÓN en relación coa EUTANASIA é:

(Marcar SOLO se este é o seu desexo; do contrario non é necesario sinalar nada)

- Quero que se me facilite a prestación de axuda para morrer se me atopo nalgún dos supostos clínicos previstos na Lei de regulación da eutanasia (sufrir una enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante nos termos establecidos na lei).

Firma outorgante

Firma 1^{ra} testemuña

Firma 2^a testemuña

Firma 3^{ra} testemuña

As miñas INSTRUICIÓNs sobre o destino do CORPO unha vez chegado o falecemento son:
(Marque o que proceda)

- Desexo doar os meus órganos e tecidos para transplantar a outras persoas que os necesiten (sei que é necesario e acepto que me apliquen técnicas de soporte dirixidas a manter o funcionamento dos órganos e tecidos unicamente as horas necesarias para proceder a súa extracción).
 - Desexo doar os meus órganos e tecidos para investigación.
 - Indícoo no apartado de "Outras instrucións".
 - Sen instrucións.

OTRAS instrucciones (referidas a opciones acerca de cuidados e tratamentos e/ou destino do corpo e/ou as que você considere oportunas para a sua atenção)

Eu, outorgante, estou informado/a de que, segundo o establecido no artigo 5 apartado 3 da Lei 3/2001, do 28 de maio (redacción segundo Lei 3/2005, do 7 de marzo), reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, non serán aplicadas as instrucións previas contrarias ao ordenamento xurídico, á *lex artis* (boa práctica médica), nin as que non se correspondan co suposto de feito que o interesado previse no momento de manifestalas.

Firma outorgante

Firma 1^{ra} testemuña

Firma 2^a testemuña

Firma 3^{ra} testemuña

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Para o caso de atoparme en situación de non poder manifestar a miña vontade, designo como **interlocutor/a** co médico ou co equipo sanitario que me atenda e para que tome decisións no meu nome, procurando o cumprimento da miña vontade, a:

Nome e apelidos: DNI/NIE:

Con enderezo en:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

No caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co/a representante interlocutor/a, designo como **substituto/a** a:

Nome e apelidos: DNI/NIE:

Con enderezo en:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

Quero que se teña en conta a opinión do/a meu/miña representante no caso de dúbida na interpretación deste documento e autorízolle para que tome decisións con respecto a posibles tratamentos non contemplados no mesmo, sempre que non se contradigan con ningunha das instrucións que constan no documento.

DECLARACIÓN DAS TESTEMUÑAS

Os asinantes coma testemuñas declaramos que somos maiores de idade e que temos plena capacidade de obrar; que a persoa outorgante é maior de idade, que non nos consta que estea incapacitada, que actúa libremente e que asina o documento na nosa presenza.

Así mesmo, os asinantes coma primeira e segunda testemuña declaramos non ter relación de parentesco ata o segundo grao por consanguinidade ou afinidade nin estar vinculados por matrimonio ou análoga relación de afectividade nin por relación patrimonial co/coa outorgante.

Primeira testemuña

Nome e apelidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Segunda testemuña

Nome e apelidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Terceira testemuña

Nome e apelidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Por último, solicito a inscrpción deste documento no Rexistro galego de instrucións previas sobre cuidados y tratamiento da saúde.

En a de de 20

Firma outorgante

Firma 1^{ra} testemuña

Firma 2^a testemuña

Firma 3^{ra} testemuña