

## DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN 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 instruccións 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 min 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 SITUACIÓNS 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 INSTRUCCIÓNS sobre COIDADOS E TRATAMENTOS son:

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

- 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<sup>ra</sup> testemuña

Firma 2<sup>a</sup> testemuña

Firma 3<sup>ra</sup> 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 testemuñas 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 inscrición deste documento no Rexistro galego de instrucións previas sobre cuidados y tratamento da saúde.

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Firma outorgante

Firma 1<sup>ra</sup> testemuña

Firma 2<sup>a</sup> testemuña

Firma 3<sup>ra</sup> testemuña