

---

**ANEXO INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS:****Otras instrucciones:**

- ES MI DESEO QUE el médico o médica responsable de mis cuidados no inicie, y suspenda –si se ha iniciado–, cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que meramente prolongue mi proceso de morir.

En concreto quiero hacer constar que:

- Si presentase dificultad o imposibilidad para ingerir alimentos sólidos o líquidos, no deseo alimentación y/o hidratación artificial por sonda nasogástrica u otras vías. Tampoco deseo que se me fuerce, en ningún caso, a tomarlos por vía oral.
- No deseo quimioterapia, radioterapia, cirugía, transfusiones de sangre, ni antibióticos, a no ser que su objetivo sea exclusivamente mejorar mi calidad de vida.
- No deseo que se me realicen exámenes diagnósticos, cuyo objetivo no sea exclusivamente mejorar mi calidad de vida.

---

**Con respecto a la sedación paliativa:**

- Deseo que en caso de tener síntomas que no se puedan controlar de otro modo, y me causen sufrimiento, se me administre una sedación paliativa.
- No deseo que se me administre, en ningún caso, la sedación paliativa.

---

**Si se diese la circunstancia de estar embarazada y tener que aplicar las instrucciones de este documento:**

- Deseo que se me mantenga con el soporte vital necesario, para conservar a mi feto con vida y en condiciones viables hasta el momento del parto, siempre que esto no le afecte negativamente, ni se hayan detectado anomalías fetales. Posteriormente deseo que se me apliquen las instrucciones indicadas en este documento.
- Deseo que no se tenga en cuenta mi embarazo a la hora de aplicar las instrucciones de este documento.

---

**Respecto a la posibilidad de que se me practique la autopsia**

- No tengo inconveniente en que se me practique la autopsia, si puede ser de utilidad para el conocimiento médico.
- No deseo que se me practique la autopsia, a no ser que sea legalmente necesaria.

Firma otorgante

Firma 1er testigo

Firma 2o testigo

Firma 3er testigo