

## DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓNS PREVIAS

D/Dna....., maior de idade, con  
DNI/NIE ....., nado o día ..... de ..... do 19....., con  
domicilio en (rúa, nº, andar) .....  
concello....., provincia ....., código postal .....

### MANIFESTO:

Que teño capacidade de obrar e que actúo libremente.

Que recibín suficiente información, tras o cal reflexionei coidadosamente e tomo, por tanto, a decisión de manifestar as miñas instrucións previas a través de este documento de acordo coa Lei 41/2002, do 14 de novembro (BOE do 15 de novembro de 2002), a Lei 3/2001, do 28 de maio (DOG do 8 de xuño de 2001), a Lei 12/2013, do 9 de decembro (DOG de 3 de xaneiro de 2014) e a Lei 5/2015, do 26 de xuño (DOGA 133 do 16 de xuño de 2015).

Que desexo que as seguintes instrucións con respecto á miña atención sanitaria, sexan **respectadas e cumpridas** se chegara a atoparme en situación de non poder expresar a miña vontade debido ao meu deterioro físico, sensorial e/ou psíquico, para o cal solicito que se teñan en conta os seguintes

**Criterios** (marco os que se corresponden co meu proxecto vital)

- Capacidade de comunicarme e de relacionarme con outras persoas.
- Non padecer dor físico e/ou psíquico.
- Manter independencia funcional suficiente para realizar as actividades propias da vida diaria.
- Preferencia por non prolongar a vida en si mesma en situacións clinicamente irreversibles.
- Importancia da espiritualidade e transo da morte.
- Desexo coñecer sempre a miña situación clínica, e moi especialmente o pronóstico de morte, incluso a pesar de que, aparentemente, non teña capacidade de conciencia.
- Preferencia por permanecer no meu domicilio habitual durante os derradeiros días da miña vida, recibindo os coidados paliativos necesarios.
- Outros .....

Que expreso estas instrucións sobre coidados e tratamentos sanitarios para que, sexan aplicadas cando me atope **en calqueira situación clínica** á que chegara por calquera circunstancia (enfermidade, accidente, ancianidade,...).

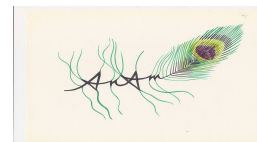
Sinaturas:

Outorgante

1ª testemuña

2ª testemuña

3ª testemuña



### **INSTRUCCIÓNS sobre COIDADOS e TRATAMENTOS:**

- Que NON me apliquen, ou que se retiren se xa se comezaron a aplicar, técnicas de soporte vital ou calquera outra dirixida unicamente a prolongar a miña supervivencia (incluídas a alimentación artificial, fluídos intravenosos, hidratación, fármacos, intervencións, reanimacións, etc).
- Que me proporcionen unicamente as medidas necesarias, incluída a SEDACIÓN PALIATIVA, para controlar ao máximo a miña dor e sufrimento, aínda que con elo se poida acortar a miña vida.
- Que se dea preferencia a aqueles fármacos que, paliando de forma efectiva a dor, permitan o maior mantemento posible da conciencia.
- Se teño unha parada cardiorrespiratoria, NON quero que se me reanime.
- Se a lexislación contempla a EUTANASIA activa, é o meu desexo que se me aplique.
- Que se me apliquen medidas de confort para o meu benestar, incluíndo o coidado da atmosfera na que se produza o meu proceso de morrer, desexo que sexa nun ambiente tranquilo e íntimo, recibindo os coidados paliativos expresados nos anteriores puntos.
- É o meu desexo que tras a miña morte, sempre que sexa posible, sexa respectado un tempo de espera antes de proceder ao tratamento e retirada do meu cadáver de, cando menos, dúas horas.

### **INSTRUCCIÓNS sobre o DESTINO de CORPO e ÓRGANOS:**

- Desexo doar os meus órganos e tecidos para transplantar a outras persoas que os necesiten; autorizo a aplicarme 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, tecidos ou corpo para investigación ou docencia.
- Desexo doar os meus órganos, tecidos ou corpo para investigación ou docencia, pero para o cal non autorizo a aplicación de técnicas de soporte ou extracción durante as 3 horas seguintes á expiración, a poder realizarse estas transcorrido dito prazo de tempo.
- Non fago doazón dos meus órganos nin dos meus tecidos.
- Non fago doazón do meu corpo.

### **Outras instrucións:**

- Desexo recibir asistencia relixiosa ou espiritual  
Especificar cal .....
- Non desexo recibir asistencia relixiosa ou espiritual

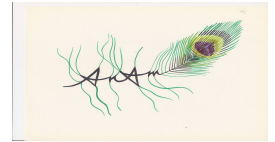
Sinaturas:

Outorgante

1ª testemuña

2ª testemuña

3ª testemuña



**Outras:** .....  
.....  
.....

No caso de que o/os profesional/is sanitarios que me atendan se neguen a respectar e cumprir a miña vontade aquí expresada, solicito, en aras a reducir o meu sufrimento, ser atendido do xeito máis inmediato posible por outros profesionais que estean dispostos a facelo. Elo sen perxuízo das responsabilidades en que puidera incorrer o profesional que desatendera a obriga de cumprimento das vontades expresada na Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais e no Decreto 159/2014, do 11 de setembro, polo que se establece a organización e funcionamento do Rexistro galego de instrucións previas.

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)**

Para resolución das dúbidas que puideran xurdir con respecto ás instrucións ou aos meus criterios de calidade de vida e preferencias, así como para actuar como interlocutor/ora co médico ou equipo sanitario que me atenda, e como garante da miña vontade expresada no presente documento, DESIGNO como meu/miña **REPRESENTANTE**, para o caso de atoparme en situación de non pode manifestar a miña vontade, a:

Nome e apelido: .....

DNI/NIE: .....

Enderezo (rúa, nº, andar): .....

Concello: ..... Provincia: ..... Código postal: .....

Teléfono/s: .....

Correo electrónico.....

No caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co/coa representante interlocutor/ora, designo como **SUBSTITUTO** do/a antedito/a interlocutor/ora, a:

Nome e apelido: .....

DNI/NIE: .....

Enderezo (rúa, nº, andar): .....

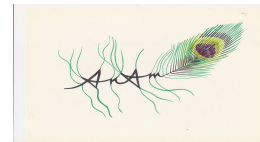
Concello: ..... Provincia: ..... Código postal: .....

Teléfono/s: .....

Correo electrónico.....

**Sinaturas:**

Outorgante                                  1ª testemuña                                  2ª testemuña                                  3ª testemuña



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 artix (boa práctica médica), nin as que non se correspondan co suposto de feito que o/a interesado tivese previsto no momento de manifestalas.

## **DECLARACIÓN DAS TESTEMUÑAS**

Os/As abaixo asinantes, maiores de idade e con plena capacidade de obrar, coñecemos ao/á outorgante e declaramos que asina este documento na nosa presenza, de forma consciente e, ata onde é posible apreciar, de maneira voluntaria e libre.

Así mesmo, os/as asinantes como primeira e segunda testemuñas, declaramos non ter relación de parentesco ata o 2º grao por consanguinidade nen afinidade nin estar vinculados por relación patrimonial co/coa outorgante.

Primeira testemuña:

Nome e apelidos: .....  
DNI/NIE: .....  
Enderezo:.....  
Concello: ..... Provincia:..... Código postal:.....  
Teléfono/s: ..... .....

Segunda testemuña:

Nome e apelidos: .....  
DNI/NIE: .....  
Enderezo:.....  
Concello: ..... Provincia:..... Código postal:.....  
Teléfono/s: ..... .....

Terceira testemuña:

Nome e apelidos: .....  
DNI/NIE: .....  
Enderezo:.....  
Concello: ..... Provincia:..... Código postal:.....  
Teléfono/s: ..... .....

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

Sinaturas:

Outorgante

1ª testemuña

2ª testemuña

3ª testemuña