

En virtud del artículo 11 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

Yo \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con domicilio en c/ \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

DNI o Pasaporte \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Nº Tarjeta sanitaria o código de identificación personal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Con capacidad para actuar libremente, considerando que he recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente tomo la decisión de expresar a través del presente documento las siguientes instrucciones previas respecto a cuidados y tratamiento, que deseo sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si llegara a encontrarme en una situación en la que no pueda manifestar mi voluntad por deterioro físico o psíquico, así como, una vez llegado el fallecimiento, sobre la donación de órganos y tejidos y sobre el destino de mi cuerpo.

## OPCIONAL

Si se dieran esas circunstancias, designo como **REPRESENTANTE** a:

D / Dña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con domicilio en c/ \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

FIRMA  
Aceptación del Representante

FIRMA

## OPCIONAL

Esta persona deberá sustituirme en el momento que ya no sea capaz de expresar mi voluntad ante el médico responsable de mi asistencia. En caso de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como **SUSTITUTO/A** a:

D / Dña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con domicilio en c/ \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

FIRMA  
Aceptación del Sustituto

FIRMA



DECLARO

1/ EN RELACIÓN CON LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE MI SALUD

Que si en un futuro no puedo tomar decisiones sobre mi cuidado médico como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

MIS INSTRUCCIONES SON:

No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico y a la *lex artis*.

2/ EN RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN CASO DE FALLECIMIENTO:

(a) Donación de órganos (señalar sí o no)

SÍ

En este caso especificar si es total o parcial

TOTAL

PARCIAL

En el caso de que sea parcial concretar órganos:

NO



**b) Donación de tejidos (señalar sí o no)**

SÍ

En este caso especificar si es total o parcial

TOTAL

PARCIAL

En el caso de que sea parcial concretar tejidos:

NO

### 3/ CESIÓN DE CADÁVER PARA DOCENCIA O INVESTIGACIÓN

(señalar sí o no)

SÍ

NO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11.c) de la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, DECLARO que de los tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar que firman este documento, dos de ellos, como mínimo, no tienen relación de parentesco hasta el segundo grado ni están vinculados por matrimonio o por análoga relación de afectividad en la forma establecida legalmente con el otorgante

Lugar, fecha y firma del otorgante

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

FIRMA

En el caso de que el presente documento se otorgue ante **TESTIGOS**, los abajo firmantes declaran que la persona que firma este documento lo ha hecho de forma consciente, y hasta donde es posible apreciar, de manera voluntaria y libre.

Testigo D/Dña ..... DNI .....

FIRMA

Testigo D/Dña ..... DNI .....

FIRMA

Testigo D/Dña ..... DNI .....

FIRMA

