

## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

D/D<sup>a</sup>....., mayor de edad,  
con DNI/NIE ....., nacido el día ..... de..... de 19 ....., con  
domicilio en (calle, nº, piso) .....,  
municipio....., provincia....., código postal.....

### MANIFIESTO:

Que tengo capacidad de obrar y que actúo libremente.

Que a través de este documento declaro mis **instrucciones previas**, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE de 15 de noviembre de 2002), con la Ley 3/2001, de 28 de mayo (DOG de 8 de junio de 2001) y con la Ley 12/2013, de 9 de diciembre (DOG de 3 de enero de 2014).

Que deseo que las siguientes instrucciones sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria si llegara a encontrarme en situación de no poder expresar mi voluntad debido a mi deterioro físico y/o psíquico, para lo cual solicito que se tengan en cuenta los siguientes

### Criterios:

(Marque los que se correspondan con su proyecto vital)

- La capacidad de comunicarme y de relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico y/o psíquico intenso e invalidante.
- La posibilidad de mantener independencia funcional suficiente para realizar las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida en sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.
- Otros.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Las **situaciones clínicas** en las que se tendrá en cuenta este documento son: enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía y enfermedad o situación clínica grave e irreversible.

- Otras.....  
.....

Firma otorgante

Firma funcionario

**INSTRUCCIONES** sobre **CUIDADOS** y **TRATAMIENTOS** que deseo se tengan en cuenta:  
(Marque lo que proceda)

- Que no me apliquen –o que se retiren si ya han comenzado a aplicarse- técnicas de soporte vital u otras dirigidas únicamente a prolongar mi supervivencia.
- Que me proporcionen únicamente los cuidados de confort y tratamientos necesarios para mi bienestar y para aliviar al máximo mi dolor y sufrimiento.
- Que me apliquen los cuidados y tratamientos necesarios para la estabilización de mi enfermedad grave e irreversible.

**INSTRUCCIONES** sobre el destino final de mi **CUERPO**:  
(Marque lo que proceda)

- Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantar a otras personas que los necesiten, por lo que pueden aplicarme técnicas de soporte dirigidas a mantener el funcionamiento de los órganos y tejidos únicamente las horas necesarias para proceder a su extracción.
- Deseo donar mis órganos y tejidos para investigación.

**Otras instrucciones** (referidas a opciones acerca de cuidados y tratamientos y/o destino del cuerpo)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Yo, otorgante, estoy informado de que, según lo establecido en el artículo 5 apartado 3 de la Ley 3/2001, de 28 de mayo (redacción según Ley 3/2005, de 7 de marzo), reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* (buena práctica médica), ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado hubiese previsto en el momento de manifestarlas.

Firma otorgante

Firma funcionario

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR** (opcional)

Designo como **interlocutor** con el médico o el equipo sanitario que me atienda, para el caso de encontrarme en situación de no poder manifestar mi voluntad, a:

Nombre y apellidos:.....

DNI/NIE:.....

Con domicilio en:.....

Municipio:..... Provincia:..... Código postal:.....

Teléfono/s:.....

Correo electrónico:.....

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el representante interlocutor, designo como **sustituto** de dicho interlocutor a:

Nombre y apellidos:.....

DNI/NIE:.....

Con domicilio en:.....

Municipio:..... Provincia:..... Código postal:.....

Teléfono/s:.....

Correo electrónico:.....

Por último, **solicito la inscripción** del presente documento en el **Registro gallego de instrucciones previas** de acuerdo con el Decreto 159/2014, de 11 de diciembre (DOG de 29 de diciembre de 2014).

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

Firma otorgante:

El otorgante formaliza y firma el presente documento de manera consciente y, hasta donde es posible apreciar, voluntaria y libremente, ante mi ....., funcionario del Registro gallego de instrucciones previas/unidades habilitadas en..... a..... de..... de 20.....

Firma funcionario: