

# DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud

D/D<sup>a</sup> ....., mayor de edad, con DNI/NIE .....,  
nacido/a el día ..... de ..... de ....., con domicilio en (calle, 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, del 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), con la Ley 12/2013, de 9 de diciembre (DOG de 3 de enero de 2014) y con la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos de la dignidad de las personas enfermas terminales (D.O.G de 16 de julio de 2015)

Que llegado el caso de que esté incapacitada/o para tomar decisiones sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento (daño cerebral, demencia, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares y, en general, cualquier padecimiento grave e irreversible) que me haga dependiente de otras personas y que me impida manifestar mi voluntad clara e inequívoca de no vivir en estas circunstancias, **mis instrucciones previas son:**

- 1. Rechazo todo tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantener mi vida:** técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, hidratación o alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía), marcapasos o desfibrilador. En caso de enfermedad añadida (proceso intercurrente) o daño cerebral con posibilidad de recuperar mi capacidad de expresarme, pero con una vida dependiente, solicito una adecuación del esfuerzo terapéutico que me permita morir con dignidad.
- 2. Solicito** que se me administren los fármacos adecuados, en las dosis necesarias, para inducirme una **sedación paliativa profunda y mantenida hasta mi fallecimiento**, un estado en el que, a juicio de mi representante, no exista ningún sufrimiento físico o psíquico, incluso cuando este tratamiento pueda acortar mi vida.
3. Si por mi deterioro cognitivo necesitara la ayuda de otra persona para beber y/o comer, es **mi voluntad** renunciar a esa ayuda, por lo que **no deseo ser alimentado, ni hidratado por otras personas**, sea con cuchara o por cualquier otro medio, recibiendo los cuidados de confort que alivien los síntomas que pudieran aparecer durante mi proceso de deterioro por inanición y deshidratación (sequedad de boca, intranquilidad, agitación, dolor...), permitiéndome morir en paz.
4. Si la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia, **es mi voluntad no prolongar mi situación de incapacidad y morir de forma rápida e indolora**, de conformidad con la regulación establecida.
5. Si algún/a profesional responsable de mi asistencia se declarase objetor/a de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, **solicito que sea sustituido/a por otro/a profesional**, garantizando así mi derecho a que se respete mi voluntad.

---

## 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 poder proceder a su extracción.
- Deseo donar mis órganos y tejidos para investigación
- Otros .....
- Sin instrucciones

---

Firma de/la otorgante

Firma de/la funcionario/a

**NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE/S INTERLOCUTOR/ES (Opcional):**

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

Nombre y apellidos: ..... DNI/NIE/Pasaporte .....

Con domicilio en (calle, nº, piso) .....

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

Teléfono/s .....

Correo electrónico: .....

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el/la representante interlocutor, designo como sustituta/o de dicho interlocutor a:

Nombre y apellidos: ..... DNI/NIE/Pasaporte .....

Con domicilio en (calle, nº, piso) .....

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

Teléfono/s .....

Correo electrónico: .....

Sin designación de representante/s interlocutor/es

---

Estoy informada/o de que, según lo establecido en el artículo 5 apartado 3 de la ley 3/2001 (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.

No reconozco a persona alguna ningún tipo de atribución ni derechos para reclamar al centro hospitalario ni al personal sanitario indemnización alguna, ni para formular ningún tipo de denuncia por cumplir mi voluntad expresada en este documento.

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 29 de diciembre de 2014).

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

Firma del otorgante

El/La otorgante firma este 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 .....