

# DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS

D/Dª,....., maior de idade, con DNI/NIE ....., nacido o día ..... de.....  
de 19 ....., con domicilio en (rúa, nº, piso) .....,  
concello....., provincia....., código postal.....

## MANIFESTO:

Que teño capacidade de obrar e que actúo libremente.

Que a través deste documento declaro as miñas instruccións previas, de acordo coa Lei 41/2002, de 14 de novembro (BOE do 15 de novembro de 2002), coa 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 coa Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais (DOG, do 16 de xullo de 2015).

Que chegado o caso de que estea incapacitada/o para tomar decisións sobre os coidados e o tratamento da miña saúde a consecuencia dun padecemento (dano cerebral, demencia, tumores, enfermidades crónicas ou dexenerativas, estados vexetativos, accidentes cerebrovasculares e en xeral calquera padecemento grave e irreversible), que me faga dependente doutras persoas e que me impida manifestar a miña vontade clara e inequívoca de non vivir nestas circunstancias, as miñas instruccións previas son:

1. **Rexeito todo tratamento, intervención ou procedemento que contribúa a manter a miña vida:** técnicas de soporte vital, fluídos intravenosos, hidratación ou alimentación artificial (por sonda nasogástrica ou gastrostomía), marcapasos ou desfibrilador. No caso de enfermidade engadida (proceso intercurrente) ou dano cerebral con posibilidade de recuperar a capacidade de expresarme, pero cunha vida dependente, solicito unha adecuación do esforzo terapéutico que me permita morrer con dignidade

2. **Solicito** que se me administren os fármacos adecuados, nas doses necesarias, para inducirme **unha sedación paliativa profunda e mantida ata o meu pasamento**, un estado no que, a xuízo do meu representante, non exista sufrimento algún, físico ou psíquico, aínda no caso de que poida acurtar a miña vida.

3. Se polo meu deterioro cognitivo necesítase a axuda doutra persoa para beber e/ou comer, é a **miña vontade** renunciar a dita axuda, polo que **non desexo ser alimentado, nin hidratado por outras persoas, sexa con culler ou por calquera outro medio**, recibindo os coidados de confort que alivien os síntomas que puidesen aparecer durante o meu proceso de deterioro por inanición e deshidratación (sequedade de boca, intranquilidade, axitación, dor...), permitíndome unha morte serea.

4. Se para entón, a lexislación regula o dereito a morrer con dignidade mediante a eutanasia, é a miña vontade non prolongar a miña situación de incapacidade e **morrer de forma rápida e indolora**, de conformidade coa regulación establecida ao efecto.

5. Se algún/ha profesional responsable da miña asistencia se declarase obxector/a de conciencia con respecto a algunha destas instruccións, **solicito que se substitúa por outro/a profesional**, garantindo así o dereito a que a miña vontade sexa respectada.

---

## INSTRUCCIÓNS sobre o destino final do meu CORPO:

(Marque o que proceda)

Desexo doar os meus órganos e tecidos para transplantar a outras persoas que os necesiten, polo que poden aplicarme técnicas de soporte dirixidas a manter o funcionamento dos órganos e tecidos unicamente as horas precisas para proceder á súa extracción.

Desexo doar os meus órganos e tecidos para investigación

Outros .....

Sen instruccións

---

Sinatura outorgante

Sinatura funcionario/a

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

Designo como interlocutor co médico ou co equipo sanitario que me atenda, para o caso de atoparme en situación de non poder manifestar a miña vontade, a:

Nome e apelidos: ..... DNI/NIE/Pasaporte .....

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

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

Teléfono/s: ..... .....

Correo electrónico: .....

En caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co representante interlocutor, designo como substituto do devandito interlocutor a:

Nome e apelidos: ..... DNI/NIE/Pasaporte .....

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

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

Teléfono/s ..... .....

Correo electrónico: .....

Sin designación de representante/s interlocutor/es

---

Estou informado de que, segundo o establecido no artigo 5 apartado 3 da Lei 3/2001, de 28 de maio (redacción segundo Lei 3/2005, de 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 artis (boa práctica médica), nin ás que non se correspondan co suposto de feito que o interesado tivese previsto no momento de manifestalas.

Non recoñezo a persoa algunha ningún tipo de atribución nin dereitos para reclamar ao centro hospitalario nin ao persoal sanitario indemnización algunha, nin para formular ningún tipo de denuncia por cumprir a miña vontade expresada neste documento.

Por último, solicito la inscripción do presente documento no Rexistro galego de instrucións previas de acordo co Decreto 159/2014, de a 11 de decembro (DOG de 29 de decembro de 2014).

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

Sinatura outorgante

O outorgante asina o presente documento de maneira consciente e, ata onde é posible apreciar, voluntaria e libremente ante min, ....., funcionario/a do Rexistro galego de instrucións previas/unidades habilitadas.  
En.....  
a..... de..... de .....