

# Documento de Instrucciones Previas

Página 1  
OTORGANTE

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.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

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

Nº de 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 tratamientos, 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 diesen las circunstancias, designo como REPRESENTANTE a:

D/Dña \_\_\_\_\_ DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

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

FIRMA  
Aceptación del Representante

FIRMA

## OPCIONAL

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

D/Dña \_\_\_\_\_ DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

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

FIRMA  
Aceptación del Representante

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:

Empty box for indicating the situations that may lead to the need for medical care or treatment in the future.

MIS INSTRUCCIONES SON:

Empty box for providing the instructions regarding medical care and treatment.

No serán aplicadas las instrucciones 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 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 caso de que sea parcial, concretar tejidos

NO



