DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

En virtud del derecho que reconoce el 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 en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

Yo....................................................................................., mayor de edad, con domicilio en .............................., c/..........................................................., y DNI, nº...........................con plena capacidad de obrar, tras una prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis **INSTRUCCIONES PREVIAS:**

**DECLARO:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **SI** | **deseo la Prestación de ayuda a morir (eutanasia) (Marque lo que proceda)** |
| * **NO** |

Si en un futuro estoy **incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico y me encuentro en una situación de incapacidad de hecho y clínicamente en alguno de los dos supuestos legalmente regulados por la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la Eutanasia,**  **MANIFIESTO EXPRESAMENTE** mi deseo de ejercer mi derecho a la prestación de ayuda para morir.

*(Dicha opción prevalecerá sobre mi deseo a la prestación de ayuda a morir de forma pasiva)*

|  |  |
| --- | --- |
| * **SI** | **deseo la Prestación de ayuda a morir de *forma pasiva*  (Marque lo que proceda)** |
| * **NO** |

**Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental** por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

* Cáncer diseminado en fase avanzada.
* Daño cerebral grave e irreversible
* Demencia grave debida a cualquier causa.
* Daños encefálicos graves (coma irreversible, estado vegetativo persistente ).
* Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.
* Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.
* Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.

- Otras situaciones (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que **no se prolongue cuando la situación es ya irreversible.**

En relación con lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación, mi **voluntad** es que:

1. No sean aplicadas - o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.
2. Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que puedan ser causa de dolor, o sufrimiento.
3. Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
4. No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no hayan demostrado su efectividad para mi recuperación y prolonguen fútilmente mi vida.

* Si estoy EMBARAZADA en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones anteriormente citadas, mi voluntad es que la validez de este Documento **QUEDE / NO QUEDE** en suspenso hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto
* En el caso que el personal profesional sanitario que me atienda alegue motivos de **objeción de conciencia** para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, **SOLICITO** ser atendido por otros u otras profesionales que estén dispuestos a respetarla.

**Otras indicaciones sobre las siguientes actuaciones sanitarias:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **Transfusiones de sangre** |  |  |
| **Hidratación por suero** |  |  |
| **Alimentación mediante nutrición parenteral** |  |  |
| **Alimentación mediante sonda nasogástrica** |  |  |
| **Alimentación mediante gastrostomía (PEG)** |  |  |
| **Diálisis** |  |  |
| **Respiración artificial** |  |  |
| **Reanimación cardiopulmonar** |  |  |
| **Sedación paliativa** |  |  |

**Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:**

1. Solicito que se ponga fin a mi vida cuanto antes mediante una eutanasia.
2. Considero un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad personal, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo alzhéimer o cualquier otra) provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores. Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, en el momento en que no pueda valerme por mi misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada (GDS-FAST 5, según las escalas de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante una eutanasia.
3. Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, rechazo toda medida de soporte vital, tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con fluidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito que se alivie mi sufrimiento con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir con una sedación paliativa profunda, mantenida hasta mi fallecimiento. En caso de que existieran dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria.
4. Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

* **Donación de órganos y tejidos**. **(Marque lo que proceda)**
  + Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten.
  + Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para investigación.
  + Manifiesto que NO se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas, ni para investigación.
* **Destino del cuerpo**  **(Marque lo que proceda)**

Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea:

* Inhumado.
* Incinerado.
* Donado a la ciencia.
* Deseo recibir **asistencia espiritual** (especificar tipo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Lugar** donde se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,...):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Otras**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### En Murcia, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma otorgante |  |
|  |  |

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE.**

(opcional)

Designo mi representante a D...................................................con domicilio en......................C/......................................................y DNI nº ..........................para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones previas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en el. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garantizador de mi voluntad expresada en el presente documento.

**ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE.**

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de.....................................................................en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma representante | Firma del otorgante representado |
|  |  |
| *Asimismo, consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas, según información recogida al pie del presente documento.* | |

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.**

Los abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que el otorgante es mayor de edad, actúa libremente y no nos consta que esté incapacitado judicialmente, así como que, en nuestra presencia, ha firmado el documento.

***Testigo primero.***

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

*Asimismo, consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas, según información recogida al pie del presente documento.*

***Testigo segundo.***

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

*Asimismo, consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas, según información recogida al pie del presente documento.*

***Testigo tercero.***

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

*Asimismo, consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas, según información recogida al pie del presente documento.*

# DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(EN CASO DE FORMALIZACIÓN ANTE TRES TESTIGOS)

Nombre y apellidos de la persona otorgante: .........................................................................

Nº. de D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad:........................................................

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el Documento de Instrucciones Previas no están ligados conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consaguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna.

### En Murcia , a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_

Firma del otorgante:...........................................................................