

Anexo I

Documento de Instrucciones Previas ¹

1.- Datos del interesado / Otorgante:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|------|--|------------|--------|--|--|---------------|------------|--|------------|--|--|
| NIF / NIE | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | Apellido 1 | | | | | Apellido 2 | | | | |
| Tipo vía | | | | | Nombre vía | | | | | | | | | |
| Nº/Km: | | | Piso | | | Puerta | | | Código Postal | | | | | |
| Provincia | | | | | Municipio | | | | | | | | | |
| Otros datos de localización | | | | | | | | | | | | | | |
| Email | | | | | | | | | Teléfono 1 | | | Teléfono 2 | | |

2.- Medio de notificación

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|--------|------------|----|--|--|-----------|--|----|-----------|--|--|
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | Lugar donde deseo ser notificado/a por correo certificado | | | | | | | | | | | | |
| | Tipo de vía | | | Nombre vía | | | | | | Nº | | | |
| | Piso | | Puerta | | CP | | | Localidad | | | Provincia | | |

3.- Declaración de voluntad:

DECLARO que soy MAYOR DE EDAD, tengo CAPACIDAD DE OBRAR, no he sido incapacitado judicialmente, y ACTÚO LIBREMENTE manifestando que he recibido suficiente información y que, tras haber REFLEXIONADO, tomo la decisión de expresar, a través de este documento de INSTRUCCIONES PREVIAS, mi voluntad actual, al amparo de lo dispuesto en la Ley 3/2005 de la Comunidad de Madrid, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y demás normas jurídicas de aplicación.

DESEO que las siguientes INSTRUCCIONES PREVIAS sean tenidas en cuenta para el cuidado y atención de mi salud, cuando me encuentre en SITUACIÓN DE NO SER CAPAZ DE EXPRESAR MI VOLUNTAD. A tal efecto entrego firmada esta documentación y ME IDENTIFICO ante el encargado de transmitir este documento al Registro de Instrucciones Previas.

COMPRENDO que, de conformidad con la normativa citada, no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias a lo establecido en el ordenamiento jurídico, ni a la lex artis.

ENTIENDO que los profesionales sanitarios responsables de mi asistencia pueden ejercer la objeción de conciencia prevista en el artículo 3.3 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo y el artículo 16 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. En este caso seré atendido por otro profesional sanitario para que se cumpla el contenido de estas instrucciones.

QUIERO QUE SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y MIS PREFERENCIAS: *

- No padecer dolor físico, psíquico o angustia intensa o invalidante
- Poder mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria
- Prefiero que no se tomen medidas desproporcionadas para prolongar mi vida por sí misma en situaciones clínicamente irreversibles
- Prefiero permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida
- Tener capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas
- Si, transitoriamente, tengo periodos de lucidez, durante los mismos no deseo ser informado sobre un diagnóstico fatal

*Marque las opciones elegidas

¹ Documento para otorgar Instrucciones previas ante las unidades administrativas o en los servicios de atención al paciente de Instituciones y Centros Sanitarios

**QUIERO QUE ESTE DOCUMENTO SE APLIQUE EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS
Y SITUACIONES CLÍNICAS: ***

SITUACIÓN TERMINAL

El paciente presenta una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica.

SITUACIÓN DE AGONÍA

Paciente que sufre la fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

SITUACIÓN CLÍNICA INCOMPATIBLE CON LA VIDA

Paciente con deterioro extremo y graves trastornos.

OTRAS

En este apartado, DMD recomienda añadir: Enfermedad incurable avanzada o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

*Marque las opciones elegidas

DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES, EN MI ATENCIÓN SANITARIA: *

A) No quiero que se me apliquen medidas desproporcionadas para mantenerme con vida.

No quiero que se me apliquen técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria o desproporcionada, que sólo tenga como objetivo prolongar mi supervivencia artificialmente. Si ya han sido instauradas, deseo que se retiren.

B) Deseo se tomen todas las medidas necesarias, para el mantenimiento de mi vida, hasta donde sea posible.

C) Rechazo medidas inútiles.

No quiero que se me apliquen tratamientos farmacológicos u otros (incluida la alimentación artificial) se me realicen pruebas complementarias, o cualquier otra intervención, si no se espera que puedan mejorar mi estado clínico, ni van a aliviar mis síntomas.

D) Deseo que se pongan todos los medios necesarios para suprimir o paliar el dolor físico o psíquico, y cualquier otro síntoma que me produzca una angustia intensa.

E) Deseo estar acompañado por mi familia y seres queridos.

Deseo que mis familiares y seres queridos puedan acompañarme en mi última hora, si ellos quieren, y en la medida de lo posible, siempre que el contexto asistencial lo permita.

*Marque las opciones elegidas teniendo en cuenta que la opción A) y B) son opciones incompatibles; la opción B) y C) son opciones incompatibles.

4.- Instrucciones sobre la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia:

FORMULO esta petición después de haber llevado a cabo un proceso deliberativo y de haberme informado de los supuestos y requisitos establecidos para llevar a cabo esta prestación.

En caso de sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | QUIERO que se me aplique la PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR prevista en la citada Ley Orgánica 3/2021, de fecha 24 de marzo, de acuerdo con lo previsto en esa norma y en las que la desarrollen. |
| <input type="checkbox"/> | NO QUIERO que se me aplique la PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, citada, ni autorizo a mi representante o a otra persona para tomar esta decisión, en ninguna circunstancia. |

5.- Instrucciones complementarias:

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO: (En caso de marcar varias opciones, se llevarán a cabo estas instrucciones en orden descendente, siempre que sea posible)

- Deseo donar mis órganos para trasplantar a otra persona, o personas, que los necesiten.
- Deseo donar mis órganos con fines de investigación.
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida autopsia cuando fuera necesaria, según criterio facultativo.
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.

OTRAS INSTRUCCIONES:

En este apartado, DMD recomienda añadir las instrucciones recogidas en la página 6 de este documento.

6.- Designación de Representantes (opcional):

DESIGNO como **REPRESENTANTE**, para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atienda, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad personalmente. Si hubiera duda en la interpretación de mi proyecto vital o de mis valores sobre calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión del mismo.

1.- Representante (en caso de varios representantes, numerar por orden de prelación)

| | | | | | |
|-----------------------------|--|------|------------|------------|---------------|
| NIF / NIE | | | | | |
| Nombre | | | Apellido 1 | | |
| Tipo vía | | | Nombre vía | | |
| Nº/Km: | | Piso | | Puerta | Código Postal |
| Provincia | | | Municipio | | |
| Otros datos de localización | | | | | |
| Email | | | | Teléfono 1 | Teléfono 2 |

2.- Representante

| | | | | | |
|-----------------------------|--|------|------------|------------|---------------|
| NIF / NIE | | | | | |
| Nombre | | | Apellido 1 | | |
| Tipo vía | | | Nombre vía | | |
| Nº/Km: | | Piso | | Puerta | Código Postal |
| Provincia | | | Municipio | | |
| Otros datos de localización | | | | | |
| Email | | | | Teléfono 1 | Teléfono 2 |

3.- Representante

| | | | | | |
|-----------------------------|--|------|------------|------------|---------------|
| NIF / NIE | | | | | |
| Nombre | | | Apellido 1 | | |
| Tipo vía | | | Nombre vía | | |
| Nº/Km: | | Piso | | Puerta | Código Postal |
| Provincia | | | Municipio | | |
| Otros datos de localización | | | | | |
| Email | | | | Teléfono 1 | Teléfono 2 |



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Humanización
y Atención al Paciente
CONSEJERÍA DE SANIDAD

7.-Documentación aportada:

| | |
|--|---|
| Documento identificativo del otorgante | ○ |
|--|---|

En..... a de de

| |
|----------------------------|
| FIRMA del otorgante |
| |

Puede consultar la información referida al deber de información de protección de datos personales en la página siguiente.

| | |
|---------------------|---|
| DESTINATARIO | Consejería de Sanidad - Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid |
|---------------------|---|

Información sobre Protección de Datos. Instrucciones Previas

1. Responsable del tratamiento de sus datos

- **Responsable:** Consejería de Sanidad. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.
- **Domicilio social:** Consultar www.comunidad.madrid/centros
- **Contacto Delegado de Protección de Datos:** protecciondedatos.sanidad@madrid.org

2. ¿En qué Actividades de Tratamiento están incluidos mis datos personales y con qué fines se tratarán?

- Registro de documentos de Instrucciones Previas.

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:

- Gestión y tramitación para su inscripción de los documentos de Instrucciones Previas.

3. ¿Cuál es la legitimación en la cual se basa la licitud del tratamiento?

RGPD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento,

6.1 e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

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.

Ley 3/2005, de 26 de mayo, por el que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

4. ¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Puede ejercitar, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, oponerse al mismo, solicitar en su caso la portabilidad de sus datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Según la Ley 39/2015, el RGPD (UE) y la Ley Orgánica 3/2018 puede ejercitar sus derechos por Registro Electrónico o Registro Presencial, en ambos casos haciendo constar la referencia 'Ejercicio de derechos de protección de datos'.

5. Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes.

No se realizan.

6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados se conservarán por el siguiente periodo: Periodo indeterminado

Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Al Registro Nacional de Instrucciones Previas, al personal sanitario responsable de la asistencia en los términos y condiciones legales establecidas, así como a terceros en los supuestos en que procedan con arreglo a la legislación vigente sobre protección de datos.

8. Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento.

Tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada, cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento o consentimiento explícito para datos especiales.

9. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es> si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.

10. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos de carácter identificativo, de salud, convicciones religiosas o filosóficas.

11. Fuente de la que procedan los datos

Interesado y terceros.

12. Información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.agpd.es>, así como la información sobre el Registro de Actividades de Tratamiento del Responsable antes señalado en el siguiente enlace: www.comunidad.madrid/protecciondedatos.

DMD recomienda añadir:

OTRAS INSTRUCCIONES

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 Alzheimer 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 mí misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada (GDS 5, según la escala FAST 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.