

# DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, con Documento de Identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
Localidad \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_.

En plenitud de mis facultades, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, **declaro** que si en el futuro **mi salud se deteriora de forma irreversible**, hasta el punto de perder el uso de mis **facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad** sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mí es **finalizar mi vida cuanto antes**, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

1. Solicito **que se ponga fin a mi vida** cuanto antes mediante **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-FAST 5, según las escalas de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante **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 dormida con una **sedación paliativa** profunda mantenida hasta mi fallecimiento.  
En el 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.

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (OPCIONAL)

**DESIGNO** como mi/s representante/s en el orden que figuran a:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Firma:

**ACEPTO** la designación como representante de la persona otorgante del documento de instrucciones previas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

SEGUNDO REPRESENTANTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Firma:

**ACEPTO** la designación como representante de la persona otorgante del documento de instrucciones previas, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

# DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

## DECLARACIÓN DE TESTIGOS (No deben ser familiares de hasta 2<sup>er</sup> grado, ni tener relación patrimonial, ni laboral con la persona otorgante)

PRIMER TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**Que D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

SEGUNDO/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**Que D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

TERCER/A TESTIGO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Mayor de edad y con plena capacidad **DECLARO:**Que D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente.

## FIRMA Y DECLARACIÓN DEL/LA OTORGANTE

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_Documento de identidad:  DNI  PASAPORTE  NIE N°: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma: