Yo _____
nacido/a el ____/____/____ con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____
con domicilio en _____
Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Con la capacidad de hecho suficiente, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, si en un futuro no puedo tomar decisiones o expresar mi voluntad, manifiesto que:

1 En mis **CRITERIOS DE CALIDAD DE VIDA Y DIGNIDAD PERSONAL** es fundamental:

- Mantener una independencia funcional para las actividades de la vida diaria
- No sufrir dolor físico o psíquico
- Comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas
- No prolongar mi vida de manera artificial cuando la **SITUACION CLINICA SEA IRREVERSIBLE**:
 - Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
 - Daño cerebral grave e irreversible
 - Enfermedad degenerativa en fase imposibilitante.
 - Situación de fragilidad avanzada con deterioro importante de mi estado general.
 - Cualquier situación sin expectativas de recuperación y con secuelas incompatibles con dichos criterios.

2 En caso de **DEMENCIA**, deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea:

(Elegir una de las dos opción)

- DEMENCIA MODERADA** (GDS 4-5): que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, escoger la ropa adecuada, el uso del teléfono y/o conocer mi dirección.
- DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA** (GDS 5-6): que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir al lavabo; que me imposibilite leer y/o escribir

3 INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS

En las situaciones descritas en los apartados 1 y 2 quiero que se lleve a cabo una limitación/adequación de esfuerzo diagnóstico-terapéutico, rechazando toda medida de soporte vital, tratamientos, cirugías o procedimientos que contribuyan a mantenerme con vida: nutrición-hidratación con sueros, sondas o gastrostomías, marcapasos o desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar, antibióticos y otra medicación salvo la necesaria para los cuidados paliativos que me proporcionen bienestar y alivien el sufrimiento incluida la sedación paliativa profunda y mantenida hasta mi fallecimiento.

4 INSTRUCCIONES SOBRE LA EUTANASIA.

Considero un sufrimiento psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes como algunas enfermedades neurodegenerativas o cualquier otra situación irreversible provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad, mis criterios de dignidad de vida y mis deseos aquí expresados y no pueda solicitar la eutanasia.

Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde, manifieste desacuerdo o no muestre signos externos de sufrimiento a juicio de otras personas, en el momento en que me encuentre en alguna de las situaciones descritas en el apartado 1 o en una situación clínica equiparable al grado de demencia indicado en el apartado 2, deseo que se me aplique la eutanasia cuanto antes.

En caso de dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad para decidir eso no modifica mi decisión firme de no soportar una vida dependiente para las actividades de la vida diaria.

Durante la tramitación de mi solicitud de eutanasia, o en caso de que fuera denegada, deseo que se cumplan mis instrucciones sanitarias descritas en el apartado 3.

Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

5 DONACIÓN.

(Marque las casillas deseadas e indique la entidad a la que se dona el cuerpo)

Deseo ser donante de órganos. He donado mi cuerpo a _____

FIRMA OTORGANTE

FIRMA PRIMER TESTIGO

FIRMA SEGUNDO TESTIGO

FIRMA TERCER TESTIGO

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (Opcional/recomendado)

En el caso de encontrarme en situación de no poder manifestar mi voluntad, DESIGNO como interlocutor/a con el médico o el equipo sanitario que me atienda y para que tome decisiones en mi nombre, procurando el cumplimiento de mi voluntad a:

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____ Email _____

Domicilio _____

Concello _____ Provincia: _____ CP: _____

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el representante interlocutor/a, designo como sustituto/a a:

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____ Email _____

Domicilio _____

Concello _____ Provincia: _____ CP: _____

Quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante en caso de duda de interpretación de este documento y autorizo para que tome decisiones al respecto de posibles tratamientos no contemplados en el mismo, siempre que no se contradigan con alguna de mis instrucciones.

DECLARACIÓN DE TESTIGOS No deben ser familiares de hasta 3^{er} grado, ni tener relación patrimonial, ni laboral con la persona otorgante.

Los firmantes como testigos DECLARAMOS que somos mayores de edad y tenemos plena capacidad de obrar; que la persona otorgante de este documento es mayor de edad, que no nos consta que esté incapacitada, que actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia. Así mismo, los firmantes como primer y segundo testigo DECLARAMOS no tener relación de parentesco hasta segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estar vinculados por matrimonio o analoga relación de afectividad ni por relación patrimonial con la otorgante.

PRIMER TESTIGO

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____

SEGUNDO TESTIGO

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____

TERCER TESTIGO

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____

Por último, solicito la inscripción de este documento en el Registro Gallego de Instrucciones Previas sobre cuidados y tratamientos de la salud.

En _____ a _____ del _____ de 20_____

FIRMA OTORGANTE

FIRMA PRIMER TESTIGO

FIRMA SEGUNDO TESTIGO

FIRMA TERCER TESTIGO