

Yo _____ con DNI Nº: _____

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:

(Selecciona tu 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/adecuación 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. *(Indicar de forma legible nombre y apellidos)*

Fecha y lugar de formalización: a _____ de _____ de _____

en _____

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Los firmantes como testigos de la formalización de este documento de instrucciones previas DECLARAMOS ser mayores de edad y tener plena capacidad de obrar y que, a nuestro juicio, **la persona otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia**

PRIMER TESTIGO

D/D ^a		DNI/NIE		Fdo.: _____
Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra)				
Código Postal	Localidad	Provincia		

SEGUNDO TESTIGO

D/D ^a		DNI/NIE		Fdo.: _____
Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra)				
Código Postal	Localidad	Provincia		

TERCER TESTIGO

D/D ^a		DNI/NIE		Fdo.: _____
Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra)				
Código Postal	Localidad	Provincia		

DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este documento, DECLARO que al menos dos de los firmantes como testigos no tienen conmigo relación de parentesco en primer ni en segundo grado, de consanguinidad o afinidad, ni tienen una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a sustituir o revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

Enade.....de.....
(Lugar y fecha de formalización)

Firma del Otorgante _____
(Indicar de forma legible nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).
Destinatarios	Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
Información Adicional	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas