



PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
INSCRICIÓN NO REXISTRO GALEGO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS	SA210A	SOLICITUDE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE							
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA		
PARROQUIA	LUGAR						
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE				
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO					

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)			
NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN					
Notifíquese a: ☐ Persoa ou entidade solicitante ☐ Persoa ou entidade representante					
Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación ao correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir:					
TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO				
ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE					
As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos sen que sexa válida para elas, nin produza efectos, unha opción diferente.					
☐ Electrónica a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, https://notifica.xunta.gal . Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa indicada.					
☐ Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente)					
As notificacións que se practiquen en papel estarán tamén á disposición da persoa indicada anteriormente no Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, para que poida acceder ao seu contido forma voluntaria.					
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
PARROQUIA	LUGAR				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		

FORMALIZACIÓN DO DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS
☐ Ante notario/a
☐ Ante tres testemuñas
☐ Ante o persoal do Rexistro galego de instrucións previas ou das súas unidades habilitadas

CONTIDO DO DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS
☐ Coidados e tratamento da saúde
☐ Destino do corpo e/ou dos órganos

OBJECTO DA SOLICITUDE
☐ Inscripción do documento de instrucións previas
☐ Sustitución do documento de instrucións previas
☐ Revogación do documento de instrucións previas

A PERSONA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA
Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- ☐ Anexo II, para o caso de formalizarse o documento ante testemuñas.
- ☐ Anexo III, para o caso de designación de persoa representante-interlocutora e, se é o caso, persoa substituta.
- ☐ Documento de instrucións previas.
- ☐ Documento acreditativo da representación da persoa solicitante.
- ☐ Declaración responsable das testemuñas.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.

OPÓÑOME Á
CONSULTA

DNI/NIE da persoa solicitante.

☐

DNI/NIE da persoa representante.

☐

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade á cal se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta do cidadán.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa de interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais

Actualización normativa: no caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.

DETALLE DAS FINALIDADES DO TRATAMENTO E DOS DESTINATARIOS DOS DATOS (Regulamento Xeral de Protección de Datos)

Finalidades do tratamento	Cesión dos datos ao Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados, para o cumprimento desta finalidade.
Destinatarios dos datos	Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados.

LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 159/2014, do 11 de decembro, polo que se establece a organización e funcionamento do Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



COMPROBACIÓN DE DATOS DE TERCEIRAS PERSOAS INTERESADAS
SA210A - INSCRICIÓN NO REXISTRO GALEGO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS
(A CUBRIR UNICAMENTE NO CASO DE DESIGNACIÓN DE PERSOA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA)

As persoas interesadas, mediante a súa sinatura, declaran ter sido informadas da incorporación dos seus datos persoais ao expediente en tramitación. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.

NOME E APELIDOS DA PERSOA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA	NIF	TELÉFONO	COMPROBACION DE DATOS Os seguintes documentos serán obxecto de consulta ás administracións públicas		SINATURA
				OPÓÑOME Á CONSULTA	
			DNI/NIE	☐	

NOME E APELIDOS DA PERSOA SUBSTITUTA DA PERSOA INTERLOCUTORA	NIF	TELÉFONO	COMPROBACION DE DATOS Os seguintes documentos serán obxecto de consulta ás administracións públicas		SINATURA
				OPÓÑOME Á CONSULTA	
			DNI/NIE	☐	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade á cal se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta do cidadán.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa de interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais

Actualización normativa: no caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.

DETALLE DAS FINALIDADES DO TRATAMENTO E DOS DESTINATARIOS DOS DATOS (Regulamento Xeral de Protección de Datos)

Finalidades do tratamento	Cesión dos datos ao Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados, para o cumprimento desta finalidade.
Destinatarios dos datos	Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados.

Lugar e data

	,		de		de	
----------------------	---	----------------------	----	----------------------	----	----------------------

DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS

Eu _____

nado/a o ____/____/____ con Documento de Identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

con enderezo en _____

Localidade: _____ CP: _____ Provincia: _____

Coa capacidade de feito suficiente, actuando libremente e tras unha adecuada reflexión, se nun futuro non podo tomar decisións ou expresar a miña vontade, manifesto que:

1 Nos meus **CRITERIOS DE CALIDADE DE VIDA E DIGNIDADE PERSOAL** é fundamental:

- Manter unha independencia funcional para as actividades da vida diaria.
- Non sufrir dor física ou psíquica.
- Comunicarme e relacionarme de maneira consciente con outras persoas.
- Non prolongar a miña vida de maneira artificial cando a **SITUACIÓN CLÍNICA SEXA IRREVERSIBLE**:
 - Estado avanzado de calquera enfermidade que conduce á morte en poucos meses.
 - Dano cerebral grave e irreversible.
 - Enfermidade dexenerativa en fase invalidante.
 - Vellez avanzada con deterioración importante do meu estado xeral.
 - Calquera situación sen expectativas de recuperación e con secuelas incompatibles cos devanditos criterios.

2 En caso de **DEMENCIA**, desexo que se cumpran as seguintes instrucións a partir de que a miña situación sexa:

(Escolla unha das dúas opcións)

☐ **DEMENCIA MODERADA (GDS 4-5):** que me impida vivir só/a e/o realizar actividades como cociñar, comprar, saír á rúa sen acompañamento, o uso do teléfono, coñecer a miña dirección.

☐ **DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA (GDS 5-6):** que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir ao lavabo... que me imposibilite ler, escribir.

3 INSTRUCCIÓN SOBRE ACTUACIÓN SANITARIAS

Nas situacións descritas nos apartados 1 e 2 quero que se leve a cabo unha limitación/adecuación do esforzo diagnóstico terapéutico, rexeitando toda medida de soporte vital, tratamentos, cirurxías ou procedementos que contribúan a manterme con vida: nutrición-hidratación con soros, sondas ou gastrostomías, marcapasos ou desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar, antibióticos e outra medicación salvo a necesaria para os coidados paliativos que me proporcionen benestar e alivien o sufrimento incluída a sedación paliativa profunda e mantida ata o meu falecemento.

4 INSTRUCCIÓN SOBRE A EUTANASIA.

Considero como un sufrimento psíquico constante e intolerable, incompatible coa miña dignidade, o feito de que algúns padecimentos graves, crónicos e imposibilitantes, así como algunhas enfermidades neurodexenerativas ou calquera outra situación irreversible provoquen tal deterioración da miña personalidade e das miñas facultades mentais que faga con que sexa incapaz de ter conciencia da miña propia enfermidade, dos meus criterios de dignidade de vida e dos meus desexos aquí expresados e motive que non poida solicitar a eutanasia.

Por iso, aínda que non o exprese, non o lembre, manifeste desacordo ou non mostre signos externos de sufrimento a xuízo doutras persoas, no momento en que me encontre nalgunha das situacións descritas no apartado 1 ou nunha situación clínica equiparable ao grao de demencia indicado no apartado 2, desexo que se me aplique a eutanasia canto antes.

En caso de dúbidas sobre a irreversibilidade da miña situación de incapacidade para decidir, iso non modifica a miña decisión firme de non soportar unha vida dependente para as actividades da vida diaria.

Durante a tramitación da miña solicitude de eutanasia, ou no caso de que fose denegada, desexo que se cumpran as miñas instrucións sanitarias descritas no apartado 3.

Se algunha persoa profesional sanitaria se declarase obxectora de conciencia con respecto a estas instrucións, solicito que sexa substituída por outra profesional, garantindo o meu dereito para decidir con liberdade sobre a miña vida e a miña morte.

5 DOAZÓN.

(Marque o recadro desexado e indique a entidade á que se doa o corpo)

☐ Desexo ser doante de órganos ☐ Doe o meu corpo a _____

SINATURA DO/A OUTORGANTE

SINATURA FUNCIONARIO/A

En _____ a _____ de _____ de 20_____

NOMEAMENTO DE REPRESENTANTE/S INTERLOCUTOR/ES (Opcional):

Designo como interlocutor co médico ou co equipo sanitario que me atenda, para o caso de atoparme en situación de non poder manifestar a miña vontade, a:

Nome e apelidos: DNI/NIE/Pasaporte

Con domicilio en (rúa, nº, piso)

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

En caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co representante interlocutor, designo como substituto do devandito interlocutor a:

Nome e apelidos: DNI/NIE/Pasaporte

Con domicilio en (rúa, nº, piso)

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s

Correo electrónico:

☐ Sin designación de representante/s interlocutor/es

Estou informado de que, segundo o establecido no artigo 5 apartado 3 da Lei 3/2001, de 28 de maio (redacción segundo Lei 3/2005, de 7 de marzo), reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, non serán aplicadas as instrucións previas contrarias ao ordenamento xurídico, á lex artis (boa práctica médica), nin ás que non se correspondan co suposto de feito que o interesado tivese previsto no momento de manifestalas.

Non recoñezo a persoa algunha ningún tipo de atribución nin dereitos para reclamar ao centro hospitalario nin ao persoal sanitario indemnización algunha, nin para formular ningún tipo de denuncia por cumprir a miña vontade expresada neste documento.

Por último, solicito la inscripción do presente documento no Rexistro galego de instrucións previas de acordo co Decreto 159/2014, de a 11 de decembro (DOG de 29 de decembro de 2014).

En, a de, de

Sinatura outorgante:

Identifico ao/a outorgante polo seu documento de identidade exhibido , do que se deduce copia dixital para a súa incorporación ao Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

O outorgante asina o presente documento de maneira consciente e, ata onde é posible apreciar, voluntaria e libremente ante min,, funcionario/a do Rexistro galego de instrucións previas/unidades habilitadas.

En, a de, de

Sinatura Funcionario/a
Selo Servizo