

## Anexo I

### Documento de Instrucciones Previas <sup>1</sup>

#### 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

<sup>1</sup> 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 las páginas 5 y 6 de este documento. Recuerda que puedes elegir entre la opción A y la opción B.*

*Son textos idénticos, solo difieren en el grado de demencia que la persona considera intolerable y que quiere dejar reflejado.*

### 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			Apellido 2		
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			Apellido 2		
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			Apellido 2		
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	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

En..... a ..... de ..... de .....

<b>FIRMA del otorgante</b>

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

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad - Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid
---------------------	---

## OPCIÓN A: DEMENCIA MODERADA (GDS 4-5)

### 1. INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS

En las situaciones clínicas descritas en la página 2 del Anexo (situación terminal, de agonía, incompatible con la vida, enfermedad avanzada e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante) 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.

### 2. 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 y mis criterios de dignidad de vida** y no pueda solicitar la eutanasia.

**En caso de demencia** deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea de **DEMENCIA MODERADA, equivalente a GDS 4-5**: que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, el uso del teléfono, mi dirección...

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 me encuentre en alguna de las situaciones descritas **deseo que, si no lo hubiera iniciado previamente, se inicie el procedimiento de solicitud de eutanasia, por mi representante o médico responsable.**

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 lleve a cabo las instrucciones sanitarias señaladas.

## **OPCIÓN B: DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA (GDS 5-6)**

### **1. INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS**

En las situaciones clínicas descritas en la página 2 del Anexo (situación terminal, de agonía, incompatible con la vida, enfermedad avanzada e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante) 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.

### **2. 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 y mis criterios de dignidad de vida** y no pueda solicitar la eutanasia.

**En caso de demencia** deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea de **DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA, equivalente a GDS 5-6**: que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, el uso del teléfono, mi dirección...

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 me encuentre en alguna de las situaciones descritas **deseo que, si no lo hubiera iniciado previamente, se inicie el procedimiento de solicitud de eutanasia, por mi representante o médico responsable.**

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 lleve a cabo las instrucciones sanitarias señaladas.