

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo (nombre y apellidos) mayor de edad, con DNI/NIE, nacido/a el (día/mes/año), con domicilio en (calle, nº, piso), municipio, provincia, código postal

MANIFIESTO:

Que tengo capacidad de obrar y que actúo libremente.

Que formulo estas instrucciones previas con plena convicción moral y amparado por la legislación vigente. Soy testigo de Jehová, y obedezco el mandato bíblico de "abstenerse de sangre" (Hechos 15:28, 29), asumiendo los riesgos que pudieran derivarse de mi elección de tratamientos alternativos no sanguíneos. Esta es mi firme convicción religiosa, adoptada libremente y de acuerdo con mi conciencia.

Que para mí es importante:

(Marque los que se correspondan con su proyecto vital)

- Poder comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico ni sufrimiento psíquico.
- Mantener independencia funcional suficiente para realizar las actividades propias de la vida diaria (comer, asearme, vestirme...).
- No prolongar la vida en sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.

Las SITUACIONES CLÍNICAS en las que se tendrá en cuenta este documento son: enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía y enfermedad o situación clínica grave e irreversible.

Que deseo que las siguientes instrucciones sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria si llegara a encontrarme en situación de no poder expresar mi voluntad debido a mi deterioro físico y/o psíquico:

Mis INSTRUCCIONES sobre CUIDADOS y TRATAMIENTOS son:

(Teniendo en cuenta que las dos primeras opciones son excluyentes con la tercera, marque la que desee)

- Que me proporcionen únicamente los cuidados de confort y tratamientos necesarios para mi bienestar y para aliviar al máximo mi dolor y sufrimiento.
- Que no me apliquen –o que se retiren si ya han comenzado a aplicarse- técnicas de soporte vital u otras dirigidas únicamente a prolongar mi supervivencia.
- Que me apliquen los cuidados y tratamientos necesarios para la estabilización, hasta donde sea posible, de mi enfermedad grave e irreversible respetando lo indicado en el apartado de instrucciones sobre cuidados y tratamientos con sangre y derivados.

Firma otorgante

Firma 1^{er} testigo

Firma 2^o testigo

Firma 3^{er} testigo

INSTRUCCIONES sobre CUIDADOS y TRATAMIENTOS que deseo se tengan en cuenta:

Que no se me administren en ningún caso transfusiones de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo, aunque los médicos las consideren necesarias para la conservación de mi vida o de mi salud. Sin embargo, acepto expansores no sanguíneos del volumen plasmático y todo tratamiento médico que no implique el uso de sangre.

- En relación a tratamientos con **otros componentes sanguíneos** (marque lo que proceda):

- Los acepto
- Los rechazo

Acepto sólo los siguientes.....
.....
.....
.....

- En relación a procedimientos médicos que impliquen el uso de **mi propia sangre**, excepto su almacenamiento para uso posterior (marque lo que proceda):

- Los acepto
- Los rechazo

Acepto sólo los siguientes.....
.....
.....
.....

Mis INSTRUCCIONES en relación con la EUTANASIA son:

(Marcar SOLO si este es su deseo; de lo contrario no es necesario señalar nada)

Quiero que se me facilite la prestación de ayuda para morir si me encuentro en alguno de los supuestos clínicos previstos en la Ley de regulación de la eutanasia (sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en la ley).

Mis INSTRUCCIONES sobre el destino final de mi CUERPO una vez llegado el fallecimiento son:

(Lea con atención antes de marcar lo que desea)

Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantar a otras personas que los necesiten, por lo que pueden aplicarme técnicas de soporte dirigidas a mantener el funcionamiento de los órganos y tejidos únicamente las horas necesarias para proceder a su extracción.

Deseo donar mis órganos y tejidos para investigación.

Lo indico en el apartado de "Otras instrucciones".

Sin instrucciones.

OTRAS INSTRUCCIONES (referidas a opciones acerca de cuidados y tratamientos y/o destino del cuerpo)

.....
.....
.....
.....
.....

Yo, otorgante, estoy informado de que, según lo establecido en el artículo 5 apartado 3 de la Ley 3/2001, de 28 de mayo (redacción según Ley 3/2005, de 7 de marzo), reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* (buena práctica médica), ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado hubiese previsto en el momento de manifestarlas.

Firma otorgante

Firma 1^{er} testigo

Firma 2^o testigo

Firma 3^{er} testigo

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Para 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:

Con domicilio en:

Municipio: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

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

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Con domicilio en:

Municipio: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

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

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los firmantes como testigos declaramos que somos mayores de edad y que tenemos plena capacidad de obrar; que la persona otorgante es mayor de edad, que no nos consta que esté incapacitada, que actúa libremente y que firma el documento en nuestra presencia.

Así mismo, los firmantes como primer y segundo testigos declaramos no tener relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad ni estar vinculados por matrimonio o análoga relación de afectividad ni por relación patrimonial con el/la otorgante.

Primer testigo

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Segundo testigo

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Tercer testigo

Nombre y apellidos: DNI/NIE:

Teléfono/s:

Por último, solicito la inscripción de este documento en el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

En a de de 20

Firma otorgante

Firma 1^{er} testigo

Firma 2^o testigo

Firma 3^{er} testigo