

**DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

D/Dª....., mayor de edad,  
con DNI/NIE ....., nacido el día ..... de..... de 19 ....., con  
domicilio en (calle, nº, piso) .....,  
municipio....., provincia....., código postal.....

**MANIFIESTO:**

Que tengo capacidad de obrar y que actúo libremente.

Que a través de este documento declaro mis **instrucciones previas**, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE de 15 de noviembre de 2002), con la Ley 3/2001, de 28 de mayo (DOG de 8 de junio de 2001) y con la Ley 12/2013, de 9 de diciembre (DOG de 3 de enero de 2014).

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, para lo cual solicito que se tengan en cuenta los siguientes

**Criterios:**

(Marque los que se correspondan con su proyecto vital)

- La capacidad de comunicarme y de relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico y/o psíquico intenso e invalidante.
- La posibilidad de mantener independencia funcional suficiente para realizar las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida en sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.
- Otros.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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.

- Otras.....  
.....

Firma otorgante

Firma 1<sup>er</sup> testigo

Firma 2<sup>o</sup> testigo

Firma 3<sup>er</sup> testigo

**INSTRUCCIONES sobre CUIDADOS y TRATAMIENTOS** que deseo se tengan en cuenta:  
(Marque lo que proceda)

- 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 proporcionen únicamente los cuidados de confort y tratamientos necesarios para mi bienestar y para aliviar al máximo mi dolor y sufrimiento.
- Que me apliquen los cuidados y tratamientos necesarios para la estabilización de mi enfermedad grave e irreversible.

**INSTRUCCIONES sobre el destino final de mi CUERPO:**  
(Marque lo que proceda)

- 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.

**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<sup>er</sup> testigo

Firma 2<sup>o</sup> testigo

Firma 3<sup>er</sup> testigo

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Designo como **interlocutor** con el médico o el equipo sanitario que me atienda, para el caso de encontrarme en situación de no poder manifestar 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 representante interlocutor, designo como **sustituto** de dicho interlocutor a:

Nombre y apellidos:.....

DNI/NIE:.....

Con domicilio en:.....

Municipio:..... Provincia:..... Código postal:.....

Teléfono/s:.....

Correo electrónico:.....

## DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los firmantes como testigos, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, conocemos al otorgante y declaramos que firma este documento en nuestra presencia, de forma consciente y, hasta donde nos es posible apreciar, de manera voluntaria y libre.

Asimismo, los firmantes como primer y segundo testigos declaramos no tener relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad ni afinidad ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

Primer testigo:

Nombre y apellidos: .....

DNI/NIE: .....

Dirección:.....

Municipio: .....

Teléfono/s: .....

Segundo testigo:

Nombre y apellidos: .....

DNI/NIE: .....

Dirección:.....

Municipio: .....

Teléfono/s: .....

Continúa

Firma otorgante

Firma 1<sup>er</sup> testigo

Firma 2<sup>o</sup> testigo

Firma 3<sup>er</sup> testigo

Continuación

Tercer testigo:

Nombre y apellidos: .....

DNI/NIE: .....

Dirección:.....

Municipio: ..... Provincia:..... Código postal:.....

Teléfono/s: ..... .....

En..... a..... de ..... de 20 .....

Firma otorgante

Firma 1<sup>er</sup> testigo

Firma 2<sup>o</sup> testigo

Firma 3<sup>er</sup> testigo