

DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS

Eu (nome e apelidos)....., maior de idade, con DNI/NIE, nacido/a o (dd/mm/aaaa), con enderezo en (rúa, nº, andar), concello....., provincia....., código postal.....

MANIFESTO:

Que teño capacidade de obrar e que actúo libremente.

Que a través deste documento declaro as miñas instruccións previas, de acordo coa Lei 41/2002, do 14 de novembro (BOE do 15 de novembro de 2002), coa Lei 3/2001, do 28 de maio (DOG do 8 de xuño de 2001), coa Lei 12/2013, do 9 de decembro (DOG do 3 de xaneiro de 2014) e coa Lei 5/2015, do 26 de xuño (DOG do 16 de xullo de 2015).

Que desexo que ditas instruccións sexan tidas en conta para a miña atención sanitaria se chegase a atoparme nunha situación de non poder expresar a miña vontade debido ao meu deterioro físico e/ou psíquico.

Que para min é importante:

(Marque os que se correspondan co seu proxecto vital)

- Poder comunicarme e relacionarme con outras persoas.
- Non padecer dor físico nin psíquico.
- Manter independencia funcional suficiente para realizar as actividades propias da vida diaria (comer, asearme, vestirme...).
- Non prolongar a vida en si mesma en situacións clinicamente irreversibles.
- Permanecer no meu domicilio habitual durante os últimos días da miña vida.

As SITUACIÓNS CLÍNICAS nas que se terá en conta este documento son: enfermidade incurable avanzada, enfermidade terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía e enfermidade ou situación clínica grave e irreversible.

As miñas INSTRUCCIÓNS sobre COIDADOS E TRATAMENTOS son:

(Marque o que desexa)

- Que me proporcionen unicamente os coidados de confort e tratamentos necesarios para o meu benestar e para aliviar ao máximo a miña dor e o meu sufrimento.
- Que non me apliquen –ou que se retiren se xa se comenzaron a aplicar- técnicas de soporte vital ou outras dirixidas unicamente a prolongar a miña supervivencia.
- Que me apliquen os coidados e tratamentos necesarios para a estabilización da miña enfermidade grave e irreversible.

Firma outorgante

Firma 1ª testemuña

Firma 2ª testemuña

Firma 3ª testemuña

As miñas INSTRUCCIÓNs sobre o destino do CORPO chegado o falecemento son:

(Marque o que desexa)

- Desexo doar os meus órganos e tecidos para transplantar a outras persoas que os necesiten (sei que é necesario e acepto que me apliquen técnicas de soporte dirixidas a manter o funcionamento dos órganos e tecidos unicamente as horas necesarias para proceder a súa extracción).
- Desexo doar os meus órganos e tecidos para investigación.
- Indícoo no apartado de "Outras instrucións".
- Sen instrucións.

OUTRAS instrucións (referidas a opcións acerca de coidados e tratamentos e/ou destino do corpo e órganos e/ou as que vostede considere oportunas para a súa atención).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eu, outorgante, estou informado/a que, segundo o establecido no artigo 5 apartado 3 da Lei 3/2001, do 28 de maio (redacción segundo Lei 3/2005, do 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 as que non se correspondan co suposto de feito que o interesado previse no momento de manifestalas.

Firma outorgante Firma 1ª testemuña Firma 2ª testemuña Firma 3ª testemuña

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Designo como **interlocutor/a** 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:

Con enderezo en:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

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

Nome e apelidos: DNI/NIE:

Con enderezo en:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

DECLARACION DAS TESTEMUÑAS

Os asinantes coma testemuñas declaramos que somos maiores de idade e que temos plena capacidade de obrar; que a persoa outorgante é maior de idade, que non nos consta que estea incapacitada, que actúa libremente e que asina o documento na nosa presenza.

Así mesmo, os asinantes coma primeira e segunda testemuñas declaramos non ter relación de parentesco ata o segundo grao por consanguinidade ou afinidade nin estar vinculados por matrimonio ou análoga relación de afectividade nin por relación patrimonial co/coa outorgante.

Primeira testemuña

Nome e apelidos:

DNI/NIE:

Enderezo:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Segunda testemuña

Nome e apelidos:

DNI/NIE:

Enderezo:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Terceira testemuña

Nome e apelidos:

DNI/NIE:

Enderezo:

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Por último, solicito a inscrición deste documento no Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

En a de de 20

Firma outorgante

Firma 1ª testemuña

Firma 2ª testemuña

Firma 3ª testemuña