



## Documento de Instrucciones Previas

Este documento se ha redactado de acuerdo con las leyes del estado español, en particular con la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; de la Ley 9/2005 reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.

Yo, .....  
con DNI ..... , mayor de edad, capaz y libre, manifiesto por anticipado mi voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud. Estas instrucciones reflejan mi firme y libre compromiso de aceptar o rechazar el tratamiento médico bajo las circunstancias reflejadas a continuación:

Si yo padeciera una condición incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, incluyendo pero no limitadas a:

- a) Una situación terminal
- b) Una situación con inconsciencia permanente
- c) Una situación con mínima consciencia en la cual yo sea permanentemente incapaz para tomar decisiones o expresar mis deseos

- Deseo que el médico responsable de mi tratamiento no prolongue temporal y artificialmente mi vida mediante técnicas de soporte vital, tales como: ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.....
- Deseo que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de dolor físico o sufrimiento psíquico, que me ocasione mi enfermedad incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.
- Deseo que sin perjuicio de las decisiones tomadas, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.

*Escriba su nombre  
y DNI*



# Documento de Instrucciones Previas

*Añada otras  
instrucciones  
personales  
(si lo desea)*

Otras instrucciones:

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

*Donación de  
órganos  
(opcional)*

**DONACIÓN DE ÓRGANOS:** CUANDO YO HAYA FALLECIDO:

- Deseo donar:
  - Cualquier órgano, tejidos o partes, o
  - Los siguientes órganos, tejidos o partes:
- No deseo donar mis órganos, tejidos o partes

*Firme y ponga su  
nombre y  
apellidos, DNI, su  
dirección, teléfono  
y la fecha y lugar  
de la firma*

Nombre y Apellidos.....

con DNI.....

Dirección .....

Teléfono .....

Fecha y Lugar .....

Firma:



# Documento de Instrucciones Previas

Salud

## Nombramiento de representantes

*Escriba su nombre y DNI.*

Yo, .....  
con DNI, ..... mayor de edad y con plena capacidad de obrar, designo a:

*Escriba el nombre, DNI, dirección y número de teléfono de su representante o representantes*

**Primer representante**

Nombre y Apellidos .....  
con DNI ..... Teléfono .....  
Dirección .....  
Fecha y Lugar .....

Firma del primer representante:

como mi representante para que, llegado el caso, sirva como mi interlocutor con el médico o el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y/o procurar el cumplimiento de mis instrucciones previas (en el caso de que yo las haya cumplimentado).

*Si lo desea, añada instrucciones personales*

Instrucciones personales: deseo que mi representante para decisiones que afecten a mi salud siga mis deseos tal y como los expreso a continuación, o como él o ella conocen que se los he expresado.

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

*Escriba el nombre, DNI, dirección y número de teléfono de su segundo representante.*

**Segundo representante** o sustituto del anterior, si la persona que he nombrado más arriba no estuviera disponible, no pudiera o no deseara actuar como mi representante:

Nombre y Apellidos .....  
con DNI ..... Teléfono .....  
Dirección .....  
Fecha y Lugar .....

Firma del segundo representante



## Documento de Instrucciones Previas

A menos que yo revoque estas instrucciones, permanecerán en efecto indefinidamente, o hasta la fecha o situación que menciono a continuación:

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

D/D<sup>a</sup>.....  
con DNI..... Dirección .....  
Teléfono..... Fecha y Lugar .....

Firma:

**Documento otorgado ante la Encargada de la Oficina de Registro de I.P.**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con  
D.N.I. \_\_\_\_\_ y domiciliado en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_,

comparece ante mí con objeto de otorgar su *Documento de Instrucciones Previas*, ante personal de la administración, según lo establecido en la Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud.

Como Encargada del Registro de Instrucciones Previas de La Rioja,

**CERTIFICO:** que el otorgante reúne los requisitos que exige la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del *Documento de Instrucciones Previas* en el ámbito de la sanidad, que le habilitan para declarar sus *Instrucciones Previas* .

Logroño, a ..... de ..... de 2008

Diana Sanfrutos Perrella  
ENCARGADA DEL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS