



Documento de Instrucciones Previas

*Escriba su nombre
y DNI*

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.



Documento de Instrucciones Previas

Salud

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

Añada la duración de este documento u otras condiciones (si lo desea)

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

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

Firme y ponga su nombre y apellidos, DNI, su dirección, tfno. y la fecha de firma.

Firma D/D^a
con DNI Dirección
Teléfono..... Fecha y Lugar

Firma:

Documento otorgado ante testigos

Testigos (Mayor 18 años y no incapacitado judicialmente)

Declaro que la persona que ha firmado este documento lo ha hecho libre y voluntariamente, sin coacción alguna. Él o ella ha firmado (o ha pedido a otra persona firmar por él o ella) este documento en mi presencia.

Firma y nombre, apellidos, DNI, dirección y teléfono de los testigos

Testigo 1: D/D^a
con DNI Dirección
Teléfono..... Fecha y Lugar

Firma:

(Al menos dos de los testigos no podrán tener relación de parentesco con el otorgante hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni estar vinculados al mismo por matrimonio o análoga relación de afectividad, ni mantener con él relación patrimonial)

Testigo 2: D/D^a
con DNI Dirección
Teléfono..... Fecha y Lugar

Firma:

Testigo 3: D/D^a
con DNI Dirección
Teléfono..... Fecha y Lugar

Firma: