

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

1. DATOS PERSONALES

Yo,....., con DNI (1),
nacido/a el díadede.....y, por lo tanto, mayor de edad, y con tarjeta
sanitaria con domicilio en:
calle Localidad:
Provincia: C. Postal:..... Nacionalidad:
Teléfono 1:....., Teléfono 2:.....
Correo electrónico:

2. MANIFIESTO:

Que tengo *CAPACIDAD DE OBRAR Y QUE ACTÚO LIBREMENTE*, que he recibido suficiente información y que, tras haber reflexionado serena y cuidadosamente, tomo la decisión de expresar mi voluntad actual a través de este *documento de INSTRUCCIONES PREVIAS*, de acuerdo al art. 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Deseo que las siguientes instrucciones previas sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llegara a encontrar *EN SITUACIÓN DE NO PODER EXPRESAR MI VOLUNTAD*,

COMPRENDO que, de conformidad con la normativa citada, no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias a lo establecido en el ordenamiento jurídico, ni a la *lex artis*.

3. DECLARO:

QUE QUIERO SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y PREFERENCIAS:

(Señale los que se correspondan con su proyecto vital)

- Poder comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico o psíquico o angustia intensa o invalidante.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida en situaciones clínicamente irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal.

- Otras circunstancias a tener en cuenta:

4. SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEA SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO:
(Señale las que desea que se tengan en cuenta)

- Enfermedad Terminal** (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa ó nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía** (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico vital de pocos días).
- Enfermedad incurable avanzada** (Enfermedad de curso progresivo, incapacitante, progresiva con gran dependencia y sin posibilidad de tratamiento o recuperación, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo).
- Otras situaciones.....**

5. INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN SANITARIA.

(Señale las que desea)

- Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el criterio médico.
- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente ó que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.
- Rechazo la alimentación mediante sonda nasogástrica o gastrostomía (sonda que se coloca directamente en el estómago)
- Rechazo la utilización de técnicas de depuración extrarrenal.(diálisis)
- Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico ó psíquico ó cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa, incluida la sedación paliativa en caso de síntomas refractarios.
- Rechazo recibir medicamentos ó tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas ó procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación ó aliviar mis síntomas.
- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos quieren y en la medida de lo posible.
- Deseo que si llegada la circunstancia de tener que aplicar esta declaración estuviera embarazada, se mantenga el soporte vital necesario para mantener el feto con vida y en condiciones viables de nacer, siempre que las técnicas que me tengan que aplicar no le afecten negativamente.
- Otras instrucciones...

6. INSTRUCCIONES SOBRE LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

FORMULO esta petición después de haber llevado a cabo un proceso deliberativo y de haberme informado de los supuestos y requisitos establecidos para llevar a cabo esta prestación.

En caso de sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante: (señale la que desee)

- QUIERO que se me aplique la PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR prevista en la citada Ley Orgánica 3/2021, de fecha 24 de marzo, de acuerdo con lo previsto en esa norma y en las que la desarrollen.

Autorizo a mi representante legal D/D^a para que:

- Inicie la solicitud y los procedimientos de ayuda médica a morir establecidos en la Ley Orgánica 3/2021, o bien continúe con dichos procedimientos en el caso de que ya hubieran sido iniciados directamente por mí.
- Ejercer mi representación e interlocución ante el médico responsable en todos los apartados establecidos por la Ley Orgánica 3/2021.
- Autorice la prestación de ayuda para morir .

7. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO (Señale las que desea)

- Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente.
- Deseo donar mis tejidos para ser trasplantados a otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente.

8. OTRAS INSTRUCCIONES Y/O CONSIDERACIONES

9. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Deseo designar representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico ó el equipo sanitario que me atienda, en el caso de encontrarme en una situación en que yo no pueda expresar mi voluntad personalmente. Si hubiera duda en la interpretación de mi proyecto vital ó de mis valores sobre calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión del mismo. Para ello, designo a:

D/D^a....., con DNI(1),
Nacido/a el díade.....de.....y , por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar y con domicilio en: Localidad:
Provincia: C. Postal Teléfono 1:,Teléfono 2:.....
Correo electrónico :

Firma del otorgante

En Melilla, a ... de de.....

(1) Se acompañará siempre fotocopia de los DNI del interesado y demás personas que figuran en este documento.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR

D/D^a....., con DNI(1),
Nacido/a el díade.....de.....y , por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar y con domicilio en: Localidad:
Provincia: C. Postal Teléfono 1:,Teléfono 2:.....
Correo electrónico :

ACEPTO REPRESENTAR A:

D/D^a....., con DNI (1)....., nacido/a el díadede..... , a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este Documento.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Melilla, a de de

Firma y rúbrica (del representante)

(1) Se acompañará siempre fotocopia de los DNI del interesado y demás personas que figuran en este documento.

DECLARACIÓN SOBRE MI INFORMACIÓN

- ✓ Declaro conocer que a partir del momento en que se haya de hacer uso de las Instrucciones Previas, una copia del presente Documento será incluida en mi historia clínica y otra será entregada a mi representante interlocutor.
- ✓ Estoy informado de que en cualquier momento puedo modificar, sustituir ó revocar el actual *Documento de Declaración de Instrucciones Previas*.
- ✓ Estoy informado de que los datos contenidos en este Documento son confidenciales, y cumplen las medidas recogidas en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

En señal de conformidad, firmo el presente documento:

Firma del otorgante

En Melilla, a..... de..... de.....