

## ANEXO I

### MODELO DE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo....., nacido el .... de ..... de ....., con  
DNI/pasaporte/otro

*(Haga constar nombre y dos apellidos)*

documento válido ..... n° .....,  
con

*(Haga constar el tipo de documento)*

domicilio en ..... CP ....., calle .....

....., n° ....., con plena capacidad de  
obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las  
INSTRUCCIONES PREVIAS que se describen más abajo, para que se tengan en cuenta en  
el momento en que, por mi estado físico o psíquico, esté imposibilitado para expresar mis  
decisiones de forma personal sobre mi atención médica, por encontrarme en alguna de las  
siguientes situaciones:

- Daño cerebral severo e irreversible.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Situación terminal en fase irreversible constatada por dos médicos.
- La enfermedad que padezco actualmente .....  
*(Haga constar la enfermedad)*  
de cuya evolución y pronóstico he sido adecuadamente informado  
*(cumplimentar si procede).*
- Otros .....

***(En esta segunda parte del documento, deberá definir sus preferencias y sus deseos, para cuando se encuentre en alguna de las situaciones descritas anteriormente. Antes de expresar sus instrucciones, es recomendable que solicite opinión y hable con su médico de confianza.)***

Es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud y, en su caso, mi representante tengan en consideración mi voluntad, si llegara el momento en que hubiese perdido la capacidad para decidir por mí mismo y al menos dos médicos lo determinasen así como que me encuentre en la situación definida más arriba, en el sentido que expreso a continuación:

Que no se dilate mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.

Que se me suministren fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi agonía.

Que se me apliquen las medidas médicamente apropiadas para prolongar mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.

.....  
(Otros deseos)

Si se produce el fallecimiento:

Que se donen mis órganos

Que se donen los órganos siguientes: .....

Que no se donen mis órganos

En cuanto al destino de mi cuerpo .....

***(Alguno de los aspectos importantes que puede ayudar a interpretar y garantizar el adecuado cumplimiento de sus instrucciones, es la expresión de proyecto de vida o de su esquema personal de valores y que puede reflejar en el documento.)***

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar las instrucciones formuladas más arriba, manifiesto que .....

***(Si quiere podrá designar uno o varios representantes, indicando el orden de prelación entre ellos, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el médico o equipo sanitario para procurar el cumplimiento de sus instrucciones previas.)***

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

Designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en este documento y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

**Primero.-** D./D<sup>a</sup>. . . . . , con  
D.N.I./pasaporte/otro  
(Haga constar nombre y dos apellidos)  
documento válido ..... nº ..... ,  
con  
(Haga constar el tipo de documento)  
domicilio en ..... y teléfono .....

**Segundo.-** D./D<sup>a</sup>. . . . . , con  
D.N.I./pasaporte/otro  
(Haga constar nombre y dos apellidos)  
documento válido ..... nº ..... ,  
con  
(Haga constar el tipo de documento)  
domicilio en ..... y teléfono .....

**Tercero.-** D./D<sup>a</sup>. . . . . , con  
D.N.I./pasaporte/otro  
(Haga constar nombre y dos apellidos)  
documento válido ..... nº ..... ,  
con  
(Haga constar el tipo de documento)  
domicilio en ..... y teléfono .....

### DECLARACIÓN DE TESTIGOS

D./D<sup>a</sup>. . . . . , con D.N.I./pasaporte/otro  
documento  
(Haga constar nombre y dos apellidos)  
válido ..... nº ..... , con domicilio  
en  
(Haga constar el tipo de documento)

..... mayor de  
edad y  
con plena capacidad DECLARO que D./D<sup>a</sup>. . . . . ,  
otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi  
presencia.

Firma:.....

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I./pasaporte/otro documento

*(Haga constar nombre y dos apellidos)*

válido ..... nº ....., con domicilio en

*(Haga constar el tipo de documento)*

..... mayor de edad y

con plena capacidad DECLARO que D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I./pasaporte/otro documento

*(Haga constar nombre y dos apellidos)*

válido ..... nº ....., con domicilio en

*(Haga constar el tipo de documento)*

..... mayor de edad y

con plena capacidad DECLARO que D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I./pasaporte/otro

*(Haga constar nombre y dos apellidos)*

documento válido ..... nº ....., otorgante de

*(Haga constar el tipo de documento)*

este documento, DECLARO que los firmantes como testigos en primer y segundo lugar no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún vínculo patrimonial u obligacional con el otorgante de las instrucciones previas.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

Lugar, fecha y firma del otorgante