



## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

En virtud del derecho que reconoce el artículo 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; y en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

Yo. ...., mayor de edad, con domicilio en c/....., y DNI, nº.....con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis **INSTRUCCIONES PREVIAS:**

### DECLARO:

⇒ **Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental** por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- Cáncer diseminado en fase avanzada.
- Daño cerebral grave e irreversible
- Demencia grave debida a cualquier causa.
- Daños encefálicos graves (coma irreversible, estado vegetativo persistente).
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras situaciones (especificar): \_\_\_\_\_

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que **no se prolongue cuando la situación es ya irreversible.**

En relación con lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación, mi voluntad es que:

1. No sean aplicadas - o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.
2. Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que puedan ser causa de dolor, o sufrimiento.

Firma otorgante

3. Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
4. No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no hayan demostrado su efectividad para mi recuperación y prolonguen futilmente mi vida.

⇒ **En relación con la prestación de ayuda para morir (eutanasia)**

La ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), contempla en artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en un documento de voluntades anticipadas. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, esta persona será el interlocutor válido para el médico responsable.

Esto permitiría que, si en un futuro usted cumple con los requisitos que marca la LORE, pero no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de eutanasia, podría presentarla en su nombre otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola de su documento de voluntades anticipadas. En caso de que no exista ninguna persona que pueda hacer la solicitud en su nombre, el médico que lo trata podrá presentarla.

**Si este es su deseo, MARQUE LA CASILLA.** En caso contrario, no es necesario que marque nada.

“Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en la misma”.

En el caso que el personal profesional sanitario que me atienda alegue motivos de **objeción de conciencia** para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, **SOLICITO** ser atendido por otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

⇒ Si estoy **EMBARAZADA** en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones anteriormente citadas, mi voluntad es que la validez de este Documento **QUEDE / NO QUEDE** en suspenso hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto (*Tache lo que no proceda*)

Firma otorgante

⇒ **Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:**

- Donación de órganos y tejidos. (Marque lo que proceda)
  - Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten.
  - Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para investigación.
  - Manifiesto que NO se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas, ni para investigación.
  
- Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea: (Marque lo que proceda)
  - Inhumado.
  - Incinerado.
  - Donado a la ciencia.
  
- Deseo recibir asistencia espiritual (especificar tipo): \_\_\_\_\_
  
- Lugar donde se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,...): \_\_\_\_\_
  
- Otras. \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma otorgante

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.
<b>Finalidad</b>	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.
<b>Destinatarios</b>	Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

## NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE. (opcional)

Designo mi representante a D/Dña. ....con domicilio en C/. .....y DNI nº .....para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones previas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en el. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garantizador de mi voluntad expresada en el presente documento.

### ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE.

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de.....en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

Firma representante

Firma del otorgante representado

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</i>

## DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.

Los abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que el otorgante es mayor de edad, actúa libremente y no nos consta que esté incapacitado judicialmente, así como que, en nuestra presencia, ha firmado el documento.

### **Testigo primero.**

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

### **Testigo segundo.**

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

### **Testigo tercero.**

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.
<b>Finalidad</b>	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.
<b>Destinatarios</b>	Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

# DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(EN CASO DE FORMALIZACIÓN ANTE TRES TESTIGOS)

Nombre y apellidos de la persona otorgante: .....

Nº. de D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad:.....

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el Documento de Instrucciones Previas no están ligados conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consaguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Firma del otorgante:.....

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.
<b>Finalidad</b>	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.
<b>Destinatarios</b>	Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.