

TESTAMENTO VITAL

Instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud

D/D^a,....., mayor de edad, con DNI/NIE,
nacido el día de..... de 19, con domicilio en (calle, nº, piso).....,
municipio....., provincia....., código postal.....

MANIFIESTO:

Que tengo capacidad de obrar y que actúo libremente.

Que a través de este documento declaro mis instrucciones previas, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE de 15 de noviembre de 2002), con la Ley 3/2001, de 28 de mayo (DOG de 8 de junio de 2001) y con la Ley 12/2013, de 9 de diciembre (DOG de 3 de enero de 2014).

Que llegado el caso de que este incapacitada/o para tomar decisiones sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento (daño cerebral, demencia, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares, y en general cualquier padecimiento grave e irreversible), que me haga dependiente de otras personas de manera irreversible y que me impida manifestar mi voluntad clara e inequívoca de no vivir en estas circunstancias, **mis instrucciones previas son:**

1. No quiero que se me prologue la vida por medios artificiales o técnicos de soporte vital, como fluidos intravenosos, fármacos (incluso los antibióticos) o alimentación artificial (sonda nasogástrica).

2. Solicito que se me administren los fármacos precisos para evitar sufrimientos físicos y/o psíquicos, causados por la propia enfermedad, por la retirada de los tratamientos o por cualquiera otra causa, aún en el caso de que puedan acortar mi vida. Si mi estado es de especial deterioro, deben tratarme solo con los fármacos precisos para poder acabar de una manera indolora y rápida con los padecimientos, llegando, si fuese preciso, a la sedación paliativa.

3. Si en ese momento, estuviese legalmente regulado el derecho a la **eutanasia activa voluntaria** es mi deseo morir de una manera rápida e indolora por este procedimiento.

4. Pido a los profesionales sanitarios que no puedan o no estén de acuerdo con cumplir mi voluntad que trasladen mi caso a otros profesionales que si la quieran o la puedan cumplir.

INSTRUCCIONES sobre el destino final de mi CUERPO:

(Marque lo que proceda)

Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantar a otras personas que los necesiten, por lo que pueden aplicarme técnicas de soporte dirigidas a mantener el funcionamiento de los órganos y tejidos únicamente las horas necesarias para proceder a su extracción.

Deseo donar mis órganos y tejidos para investigación.

Otros

Sin instrucciones.

Firma del otorgante

Firma del funcionario

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE/S INTERLOCUTOR/ES (Opcional)

Designo como **interlocutor** con el médico o el equipo sanitario que me atienda, para el caso de encontrarme en situación de no poder manifestar mi voluntad, a:

Nombre y apellidos: DNI/NIE/Pasaporte:

Con domicilio en (calle, nº, piso):

Municipio: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el representante interlocutor, designo como **sustituto** de dicho interlocutor a:

Nombre y apellidos: DNI/NIE/Pasaporte:

Con domicilio en (calle, nº, piso):

Municipio: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

Sin designación de representante/s interlocutor/es

Estoy informado de que, según lo establecido en el artículo 5 apartado 3 de la Ley 3/2001, de 28 de mayo (redacción según Ley 3/2005, de 7 de marzo), reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* (buena práctica médica), ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado hubiese previsto en el momento de manifestarlas.

No reconozco a persona alguna ningún tipo de atribución ni derechos para reclamar al centro hospitalario ni al personal sanitario indemnización alguna, ni para formular ningún tipo de denuncia por cumplir mi voluntad expresada en este documento.

Por último, solicito la inscripción del presente documento en el Registro gallego de instrucciones previas de acuerdo con el Decreto 159/2014, de 11 de diciembre (DOG de 29 de diciembre de 2014).

En, a de de 20

Firma del otorgante

El otorgante firma el presente documento de manera consciente y, hasta donde es posible apreciar, voluntaria y libremente ante mi,, funcionario del Registro gallego de instrucciones previas/unidades habilitadas.

En..... a..... de..... de 20.....

Firma del funcionario