



DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL)

DATOS DEL OTORGANTE: Nombre y Apellidos:

_____ **DNI/NIE:**

_____ **Nº Tarjeta Sanitaria:** _____ **Domicilio:**

_____ **Teléfono:**

_____ **Email:** _____

DECLARO:

Que, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y actuando libremente, manifiesto mi voluntad sobre las atenciones médicas que deseo o no recibir en caso de que, por circunstancias derivadas de mi estado de salud, no pueda expresar mi voluntad por mí mismo/a, conforme a la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.**

I. INSTRUCCIONES SOBRE EL TRATAMIENTO:

1. Si llegara a padecer una enfermedad irreversible que me conduzca de forma inminente a la muerte, o me encontrara en estado de coma persistente, solicito que no se me apliquen tratamientos destinados a prolongar artificialmente mi vida.
2. Deseo que se me suministren los fármacos necesarios para paliar el dolor, el sufrimiento o la disnea, aunque ello pueda acortar mi vida.

II. VALORES Y PRIORIDADES: (Ej: deseo morir en mi domicilio, recibir asistencia religiosa o no, etc.)

III. DONACIÓN DE ÓRGANOS: (Marque una opción) [☐] Deseo ser donante de órganos y tejidos con fines trasplantables o de investigación. [☐] No deseo ser donante.

IV. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE: (Persona que decidirá por ti si no puedes hacerlo) **Nombre:** _____ **DNI:** _____
Teléfono: _____

SOLICITO:

Que este documento sea incorporado a mi **historia clínica** y tenido en cuenta por el equipo médico que me atienda, así como su inscripción en el **Registro de Instrucciones Previas** correspondiente.

En _____, a ____ de _____ de 202

(Firma del otorgante)

NOTA: Este documento suele requerir **testigos** o **firma ante notario/funcionario** para ser plenamente válido en el registro.

"Este modelo te ayuda a definir tus deseos; recuerda que para que sea oficial deberás registrarlo en el Servicio de Salud de tu Comunidad Autónoma."