SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS DE INSTRUCCIONES PREVIAS

SOLICITANTE

Nombre y Apellidos _____

DNI _____

Dirección _____

_____

Teléfono/os _____

Correo electrónico _____

REPRESENTANTE (Opcional)

Sólo en el caso de ser presentada esta solicitud por persona distinta al otorgante (en este caso adjuntar documento acreditativo de la representación)

Nombre y Apellidos _____

DNI _____

Dirección _____

_____

Teléfono/os _____

Correo electrónico _____

SOLICITO, la inscripción en el Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, del documento incluido en el sobre cerrado adjunto a esta solicitud que tiene por objeto:

- ☐ La inscripción de un documento de instrucciones previas
- ☐ La modificación de uno ya inscrito
- ☐ La sustitución de uno ya inscrito
- ☐ La revocación de uno ya inscrito

La Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales, establece que cuando se formulen solicitudes por cualquier medio en las que el interesado declare datos personales que obren en poder de las Administraciones Públicas, el órgano destinatario de la solicitud podrá efectuar en el ejercicio de sus competencias las verificaciones necesarias para comprobar la exactitud de los datos.

Con la presentación de esta solicitud, el Principado de Asturias le informa que consultará al Ministerio competente en materia de Interior los datos de identidad del otorgante y los testigos (DNI/NIE/TIE/Ce)

Puede ejercer su derecho de oposición a través de la sede electrónica del Principado de Asturias accediendo a www.astursalud.es y siguiendo las instrucciones marcadas en la ficha del procedimiento. En todo caso, si ejerce el derecho de oposición, deberá aportar todos los datos y documentos requeridos en el procedimiento.

De acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos personales, la finalidad de su tratamiento es la gestión, inscripción y consulta de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario. Dicho tratamiento tiene como base legal el hecho de ser necesario para fines de prestación de asistencia o tratamiento sanitario (art. 9.2,h del Reglamento (UE) 2016/679 de Protección de Datos) y su responsable es la Consejería de Sanidad. Puede ampliar esta información en Política de Privacidad: www.astursalud.es

En _____ a _____ de _____ de

Documento de Instrucciones Previas

OTORGANTE

En virtud del 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 del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

Yo _____

Mayor de edad, con domicilio en c/ _____ Nº _____ Piso _____

CP _____ Población _____ Provincia _____

DNI o Pasaporte _____ Teléfono/s _____

Sexo _____ Nº Tarjeta sanitaria o código de identificación personal _____

Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Con capacidad para actuar libremente, considerando que he recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente tomo la decisión de expresar a través del presente documento las siguientes instrucciones previas respecto a cuidados y tratamiento, que deseo sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si llegara a encontrarme en una situación en la que no pueda manifestar mi voluntad por deterioro físico o psíquico, así como, una vez llegado el fallecimiento, sobre la donación de órganos y tejidos y sobre el destino de mi cuerpo.

OPCIONAL

Si se dieran esas circunstancias, designo como **REPRESENTANTE** a:

D / Dña _____ DNI _____

Mayor de edad, con domicilio en c/ _____ Nº _____ Piso _____ CP _____

Población _____ Teléfono/s _____

FIRMA
Aceptación del Representante

FIRMA

OPCIONAL

Esta persona deberá sustituirme en el momento que ya no sea capaz de expresar mi voluntad ante el médico responsable de mi asistencia. En caso de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como **SUSTITUTO/A** a:

D / Dña _____ DNI _____

Mayor de edad, con domicilio en c/ _____ Nº _____ Piso _____ CP _____

Población _____ Teléfono/s _____

FIRMA
Aceptación del Sustituto

FIRMA

Con la capacidad de hecho suficiente, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, si en un futuro no puedo tomar decisiones o expresar mi voluntad, manifiesto que:

1.- En mis **CRITERIOS DE CALIDAD DE VIDA Y DIGNIDAD PERSONAL** es fundamental:

- Mantener una independencia funcional para las actividades de la vida diaria
- No sufrir dolor físico o psíquico
- Comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas
- No prolongar mi vida de manera artificial cuando la **SITUACION CLINICA SEA IRREVERSIBLE:**
- Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
    - Daño cerebral grave e irreversible
    - Enfermedad degenerativa en fase imposibilitante.
    - Situación de fragilidad avanzada con deterioro importante de mi estado general.
    - Cualquier situación sin expectativas de recuperación y con secuelas incompatibles con dichos criterios.

2.- En caso de **DEMENCIA**, deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea:
(Elegir una de las dos opciones)

☐ DEMENCIA MODERADA (GDS 4-5): que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, escoger la ropa adecuada, el uso del teléfono y/o conocer mi dirección.

☐ DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA (GDS 5-6): que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir al lavabo; que me imposibilite leer y/o escribir

3.- INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS

En las situaciones descritas en los apartados 1 y 2 quiero que se lleve a cabo una limitación/adecuación de esfuerzo diagnóstico-terapéutico, rechazando toda medida de soporte vital, tratamientos, cirugías o procedimientos que contribuyan a mantenerme con vida: nutrición-hidratación con sueros, sondas o gastrostomías, marcapasos o desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar, antibióticos y otra medicación salvo la necesaria para los cuidados paliativos que me proporcionen bienestar y alivien el sufrimiento incluida la sedación paliativa profunda y mantenida hasta mi fallecimiento.

4.- INSTRUCCIONES SOBRE LA EUTANASIA.

Considero un sufrimiento psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes como algunas enfermedades neurodegenerativas o cualquier otra situación irreversible provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad, mis criterios de dignidad de vida y mis deseos aquí expresados y no pueda solicitar la eutanasia.

Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde, manifieste desacuerdo o no muestre signos externos de sufrimiento a juicio de otras personas, en el momento en que me encuentre en alguna de las situaciones descritas en el apartado 1 o en una situación clínica equiparable al grado de demencia indicado en el apartado 2, deseo que se me aplique la eutanasia cuanto antes.

En caso de dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad para decidir eso no modifica mi decisión firme de no soportar una vida dependiente para las actividades de la vida diaria.

Durante la tramitación de mi solicitud de eutanasia, o en caso de que fuera denegada, deseo que se cumplan mis instrucciones sanitarias descritas en el apartado 3.

Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

EN RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN CASO DE FALLECIMIENTO:

ⓐ Donación de órganos **(señalar sí o no)**

SÍ ☐ NO ☐

No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico y a la lex artis.

ⓑ Donación de tejidos **(señalar sí o no)**

SÍ ☐

En este caso especificar si es total o parcial

TOTAL ☐

PARCIAL ☐

En el caso de que sea parcial concretar tejidos:

NO ☐

CESIÓN DE CADÁVER PARA DOCENCIA O INVESTIGACIÓN

(señalar sí o no)

SÍ ☐ NO ☐

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11.c) de la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, DECLARO que de los tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar que firman este documento, dos de ellos, como mínimo, no tienen relación de parentesco hasta el segundo grado ni están vinculados por matrimonio o por análoga relación de afectividad en la forma establecida legalmente con el otorgante

La Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales, establece que cuando se formulen solicitudes por cualquier medio en las que el interesado declare datos personales que obren en poder de las Administraciones Públicas, el órgano destinatario de la solicitud podrá efectuar en el ejercicio de sus competencias las verificaciones necesarias para comprobar la exactitud de los datos.

Con la presentación de esta solicitud, el Principado de Asturias le informa que consultará al Ministerio competente en materia de Interior los datos de identidad del otorgante y los testigos (DNI/NIE/TIE/Ce)

Puede ejercer su derecho de oposición a través de la sede electrónica del Principado de Asturias accediendo a www.astursalud.es y siguiendo las instrucciones marcadas en la ficha del procedimiento. En todo caso, si ejerce el derecho de oposición, deberá aportar todos los datos y documentos requeridos en el procedimiento.

De acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos personales, la finalidad de su tratamiento es la gestión, inscripción y consulta de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario. Dicho tratamiento tiene como base legal el hecho de ser necesario para fines de prestación de asistencia o tratamiento sanitario (art. 9.2,h del Reglamento (UE) 2016/679 de Protección de Datos) y su responsable es la Consejería de Sanidad. Puede ampliar esta información en Política de Privacidad: www.astursalud.es

Lugar, fecha y firma del otorgante

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

FIRMA

En el caso de que el presente documento se otorgue ante **TESTIGOS,** los abajo firmantes declaran que la persona que firma este documento lo ha hecho de forma consciente, y hasta donde es posible apreciar, de manera voluntaria y libre.

Testigo D/Dña ..... DNI .....

FIRMA

Testigo D/Dña ..... DNI .....

FIRMA

Testigo D/Dña ..... DNI .....

FIRMA