dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
CASTILLA Y LEÓN

TESTAMENTO VITAL
(Documento de Instrucciones Previas)

Yo_____, nacido/a el ____ /____ /_____

mayor de edad, con Documento de Identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

con domicilio en _____

Localidad _____, CP _____, Provincia _____

En plenitud de mis facultades, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, **declaro** que si en el futuro **mi salud se deteriora de forma irreversible**, hasta el punto de perder el uso de mis **facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad** sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mí es **finalizar mi vida cuanto antes**, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

1. Solicito **que se ponga fin a mi vida** cuanto antes mediante **eutanasia.**

2. Considero un **sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad** personal, el que algunos **padecimientos graves crónicos e imposibilitantes,** como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzheimer o cualquier otra), provoquen tal **deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales**, que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores.
   Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, **en el momento en que no pueda valerme por mí misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada** (GDS-FAST 5, según las escalas de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante **eutanasia.**

3. Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, **rechazo toda medida de soporte vital,** tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con fluidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito **que se alivie mi sufrimiento** con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir dormida con una **sedación paliativa** profunda mantenida hasta mi fallecimiento.
   En el caso de que existieran **dudas sobre la irreversibilidad** de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria.

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

(1) 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 (Art. 11). Art. 30 de la ley 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con su salud. 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 Registro de Instrucciones Previas en Castilla y León.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (Opcional)

Yo, _____ con DNI _____ designo a mi/s representante/s, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las INSTRUCCIONES expresadas en este documento, tome/n las decisiones necesarias para tal fin, e interprete/n y manifieste/n cuál sería mi voluntad en un caso concreto no previsto en este documento, con el siguiente orden de prelación, a:

PRIMER/A REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Teléfono/s: _____ / _____

Aceptación de la representación y Consentimiento para el tratamiento de datos de carácter personal. Acepto la designación como representante de la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Estoy de acuerdo en velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi respresentado/a Asímismo, **consiento para el tratamiento de mis datos personales** por el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León según información recogida al pie del presente documento.	Fdo:

SEGUNDO/A REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Teléfono/s: _____ / _____

Aceptación de la representación y Consentimiento para el tratamiento de datos de carácter personal. Acepto la designación como representante de la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Estoy de acuerdo en velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi respresentado/a Asímismo, **consiento para el tratamiento de mis datos personales** por el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León según información recogida al pie del presente documento.	Fdo:

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del/de la Otorgante: _____

(Indicar de forma legible Nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Dirección General de Innovación y Resultados en Salud. **Finalidad:** Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. **Legitimación:** 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 Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León). **Destinatarios:** 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. **Derechos:** Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID. **Información Adicional:** Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas.

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
CASTILLA Y LEÓN

TESTAMENTO VITAL
(Documento de Instrucciones Previas)

DECLARACIÓN DE LOS/LAS TESTIGOS

Los firmantes como testigos de la formalización de este documento de instrucciones previas DECLARAMOS ser mayores de edad y tener plena capacidad de obrar y que, a nuestro juicio, **la persona otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia.**

TESTIGO Nº1

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Asimismo, , consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León según información recogida al pie del presente documento.

Firma:

TESTIGO Nº2

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Asimismo, , consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León según información recogida al pie del presente documento.

Firma:

TESTIGO Nº3

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Asimismo, , consiento para el tratamiento de mis datos personales por el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León según información recogida al pie del presente documento.

Firma:

DECLARACIÓN DEL / DE LA OTORGANTE

Como otorgante de este documento, DECLARO que las personas que firman como testigos en primer y segundo lugar **no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado y que ninguna tiene vínculo patrimonial ni obligacional** con el/la otorgante de las Instrucciones Previas.

Y, conforme con todo lo recogido en este documento y reservándome el derecho a revocarlo o modificarlo en cualquier momento, tal y como establece la ley, lo firmo.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del/de la Otorgante: _____
(Indicar de forma legible Nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Innovación y Resultados en Salud.
Finalidad	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
Legitimación	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 Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).
Destinatarios	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.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
Información Adicional	Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas

Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Sacyl

Gerencia Regional de Salud

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

DATOS DEL SOLICITANTE				
NOMBRE		**1º Apellido**	**2º Apellido**	
Fecha de nacimiento	**DNI/NIE/Pasaporte**	**Centro sanitario al que desea remitir el documento para su incorporación a la Historia Clínica**		
Domicilio:			**Número**	**Piso**
Código Postal	**Localidad**		**Provincia**	
Correo electrónico		**Tlfno. fijo**	**Tlfno. móvil**	

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA

☐ Documento de instrucciones previas

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN VOLUNTARIA EN EL CASO DE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS FORMALIZADO ANTE TRES TESTIGOS (Documentación que deberá presentar el otorgante y los tres testigos si se oponen expresamente a que la Administración los obtenga o recabe)

Me opongo expresamente a que la Administración obtenga los siguientes documentos que presento:

- ☐ Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad
- ☐ 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad
- ☐ 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad
- ☐ 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad

De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos señalados en el artículo 17 del 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 Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, podrá solicitar al interesado su presentación.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

- *Solicito* la inscripción del documento de instrucciones previas, que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
- *Autorizo* la cesión de los datos que se contengan en el documento citado al personal sanitario responsable de mi proceso y al Registro nacional de instrucciones previas

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	*Dirección General de Innovación y Resultados en Salud.*
Finalidad	*Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.*
Legitimación	*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 Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).*
Destinatarios	*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.*
Derechos	*Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.*
Información Adicional	*Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas*

Conforme al artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 18.4 del 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 Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León se informa que el plazo para resolver y notificar este procedimiento de solicitud de inscripción de un documento de instrucciones previas, es de 2 meses contados desde el día siguiente a la recepción de esta solicitud y la no resolución en plazo tiene efectos estimatorios. Con la presentación de esta solicitud el interesado declara recibir y conocer información sobre el mismo.

En ……a …….de…….de……

Firma del Solicitante ……..

REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN. GERENCIA REGIONAL DE SALUD