

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS
DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Imprimir

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:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La inscripción de un documento de instrucciones previas | <input type="checkbox"/> La sustitución de uno ya inscrito |
| <input type="checkbox"/> La modificación de uno ya inscrito | <input type="checkbox"/> 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 _____

FIRMA



Documento de Instrucciones Previas

Página 1
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.P. _____ Población _____ Provincia _____

DNI/Pasaporte _____ Teléfono/s _____

Nº de 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 tratamientos, 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 diesen las circunstancias, designo como REPRESENTANTE a:

D/Dña _____ DNI/Pasaporte _____

Mayor de edad, con domicilio en _____ C.P. _____

Población _____ Teléfono/s _____

FIRMA
Aceptación del Representante

FIRMA

OPCIONAL

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

D/Dña _____ DNI/Pasaporte _____

Mayor de edad, con domicilio en _____ C.P. _____

Población _____ Teléfono/s _____

FIRMA
Aceptación del Representante

FIRMA



DECLARO

1/ EN RELACIÓN CON LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE MI SALUD

Que si en un futuro no puedo tomar decisiones sobre mi cuidado médico como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

Empty box for indicating the situations that may lead to the need for medical care or treatment in the future.

MIS INSTRUCCIONES SON:

Empty box for providing the instructions regarding medical care and treatment.

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



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

a Donación de órganos (señalar sí o no)

Sí

En este caso especificar si es total o parcial

TOTAL

PARCIAL

En caso de que sea parcial, concretar órganos

NO

b Donación de tejidos (señalar sí o no)

Sí

En este caso especificar si es total o parcial

TOTAL

PARCIAL

En caso de que sea parcial, concretar tejidos

NO



3/ CESIÓN DEL CADAVER 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 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 por el otorgante.

Lugar, fecha y firma del/de la otorgante

En

a

de

de

FIRMA

En 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

