

**DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**

\_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_ con domicilio en la Calle \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

con plena capacidad de obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las INSTRUCCIONES PREVIAS que se describen más abajo, para que se tengan en cuenta en el momento en que, por mi estado físico o psíquico, esté imposibilitado para expresar mis decisiones de forma personal sobre mi atención médica.

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

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 alzhéimer 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 una eutanasia.

2.-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.).

3.-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 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.

5.-Es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud y, en su caso, mis representantes tengan en consideración mi voluntad, si llegara el momento en que hubiese perdido la capacidad para decidir por mí misma.

6.- En el caso de que resulten idóneos para el trasplante a las personas que los necesiten:

Deseo donar mis órganos.

7.-El presente documento de instrucciones previas:

Sustituye al formalizado por mí con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20.....

En ..... a ..... de ..... de .....  
(Lugar y fecha de formalización)

Firma

.....  
(Indicar de forma legible nombre y apellidos)

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

D./D<sup>a</sup>. ....., con DNI/NIE.....designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado/a para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en mi documento de instrucciones previas y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

### PRIMER REPRESENTANTE

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.
<b>Aceptación de la representación</b> <b><u>Acepto la designación</u></b> como representante del/ 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. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> _____ (Nombre y apellidos)

### SEGUNDO REPRESENTANTE

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.
<b>Aceptación de la representación</b> <b><u>Acepto la designación</u></b> como representante del/ 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. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> _____ (Nombre y apellidos)

**TERCER REPRESENTANTE**

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.
<b>Aceptación de la representación</b> <b><u>Acepto la designación</u></b> como representante del/ 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. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> _____ (Nombre y apellidos)

**CUARTO REPRESENTANTE**

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE	
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.
<b>Aceptación de la representación</b> <b><u>Acepto la designación</u></b> como representante del/ 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. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a.			<b>Fdo.:</b> _____ (Nombre y apellidos)

## DECLARACIÓN DE 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**

### PRIMER TESTIGO

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE		<b>Fdo.:</b> _____
Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra)				
Código Postal	Localidad	Provincia		

### SEGUNDO TESTIGO

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE		<b>Fdo.:</b> _____
Domicilio (Calle, nº portal, piso , letra)				
Código Postal	Localidad	Provincia		

### TERCER TESTIGO

D/D <sup>a</sup>		DNI/NIE		<b>Fdo.:</b> _____
Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra)				
Código Postal	Localidad	Provincia		

## DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este documento, DECLARO que al menos dos de los firmantes como testigos no tienen conmigo relación de parentesco en primer ni en segundo grado, de consanguinidad o afinidad, ni tienen una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a sustituir o revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

En .....a .....de.....de.....  
(Lugar y fecha de formalización)

Firma del Otorgante \_\_\_\_\_  
(Indicar de forma legible nombre y apellidos)

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
<b>Finalidad</b>	Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
<b>Legitimación</b>	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, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia 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).
<b>Destinatarios</b>	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.
<b>Derechos</b>	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.
<b>Información Adicional</b>	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 <a href="https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas">https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas</a>

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN  
DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS QUE SUSTITUYE A OTRO ANTERIOR**

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
Nombre	1º Apellido	2º Apellido	
Fecha de nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2
Dirección (vía, portal, escalera, piso...)			
Localidad	Provincia	Cód. postal	

FORMA EN QUE DESEA QUE LE SEA NOTIFICADA LA INSCRIPCIÓN (ELIJA SÓLO <u>UNA</u> OPCIÓN)
<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 1:</b> DESEO SER NOTIFICADO/A POR CORREO POSTAL CERTIFICADO AL DOMICILIO ANTES INDICADO <input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 2:</b> DESEO SER NOTIFICADO/A DE FORMA ELECTRÓNICA Si elige la <b>opción 2</b> debe indicar su correo electrónico: ..... y es <b>IMPREScindible</b> que disponga de certificado electrónico personal (FNMT, DNle, etc.) y navegador configurado para sus certificados. <b>Si tiene dudas sobre este requisito, es preferible indicar la OPCIÓN 1.</b>

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD
<p><b>En todo caso:</b></p> <input type="checkbox"/> Documento de instrucciones previas <b>EN SUSTITUCIÓN DE UNO ANTERIOR</b> (firmado por la persona solicitante y, en su caso, por 3 testigos) <p><b>Si además quiere designar representantes:</b></p> <input type="checkbox"/> Documento de designación de representantes (con aceptación firmada por todos ellos) <p><b>Sólo en caso de que alguna de las siguientes personas se oponga expresamente a que la Administración obtenga los siguientes documentos, deberá marcar el recuadro correspondiente y adjuntar la documentación mencionada (no será necesario marcar ni adjuntar estos documentos en caso de aceptar que sea la Administración la que los obtenga):</b></p> <input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <p><small>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 10 del DECRETO 23/2024, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, podrá solicitar al interesado su presentación.</small></p>

Si desea que la certificación de esta <b>SUSTITUCIÓN</b> sea comunicada a un determinado centro o servicio sanitario <b>NO</b> dependiente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, indique el nombre del centro y dirección: .....
--

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>SOLICITO</b> la inscripción de <b>SUSTITUCIÓN DE DOCUMENTO INSTRUCCIONES PREVIAS</b> que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.</li> <li><b>AUTORIZO</b> la cesión de los datos que se contengan en el documento citado al personal sanitario responsable de mi proceso, al Registro Nacional de Instrucciones Previas, a los representantes designados y a quien precise su conocimiento para el cumplimiento de una obligación legal.</li> </ul>

*Al dorso podrá consultar la información básica de protección de datos relativa a este procedimiento*

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

Firma de la persona solicitante .....

### **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias.</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y el DECRETO 23/2024, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Cesión de datos contenidos en los documentos de instrucciones previas inscritos: al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes, al Registro Nacional de Instrucciones Previas, a los representantes designados y a quien precise su conocimiento para el cumplimiento de una obligación legal.</i>
<b>Derechos</b>	<i>Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.</i>
<b>Información Adicional</b>	<i>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 <a href="https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas">https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas</a></i>

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. 11.6 del DECRETO 23/2024, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León se informa que el plazo para resolver y notificar este procedimiento de solicitud de inscripción de **SUSTITUCIÓN** 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.