



# **Guía sobre Instrucciones para los Profesionales** Previas

**Guía actualizada en 2024**



Edita:

® Junta de Castilla y León  
Consejería de Sanidad.  
Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias



# Presentación

La nueva regulación de los derechos de los ciudadanos en cuanto usuarios de los servicios sanitarios y, entre ellos el derecho a decidir sobre su proceso asistencial, ha resultado crucial para superar la concepción paternalista de la relación médico-paciente, en la cual el médico actuaba sin contar con el paciente en la toma de decisiones que afectaban directamente a su salud, al tiempo que ha dado lugar a un nuevo modelo de asistencia basado en el respeto de la voluntad de los pacientes.

En este nuevo marco es donde surge el reconocimiento y la aplicación del derecho a otorgar instrucciones previas, también conocidas como testamento vital o voluntades anticipadas, cuya finalidad no es otra que procurar el cumplimiento de los deseos expresados anticipadamente por cualquier persona acerca de los cuidados o tratamientos que desea o no recibir en aquellos momentos en los que su situación física o psíquica le impida manifestarlos personalmente.

Constituyen así las instrucciones previas la máxima expresión del respeto a la voluntad de los pacientes en el ámbito sanitario, al servir de instrumento para que ésta sea tenida en cuenta en la toma de decisiones clínicas, pese a que se haya manifestado en un momento anterior.

Resulta fundamental, por tanto, que los profesionales conozcan este derecho, su contenido, las condiciones para su ejercicio y sus límites, puesto que este conocimiento contribuirá a lograr que el documento de instrucciones previas se realice y se aplique correctamente, fruto de un proceso de reflexión acerca de las preferencias de sus pacientes en determinadas situaciones clínicas.

Es deseable que este proceso de elaboración del documento de instrucciones previas se realice en el marco de la relación médico-paciente, en el cual el médico está llamado a desempeñar una tarea fundamental, la de orientar al paciente y ayudarle a planificar los cuidados y tratamientos que desee recibir con un conocimiento lo más cercano posible a la situación a la que se refieren.

Con la elaboración de esta guía, se ha pretendido poner a disposición de los profesionales un documento práctico, sencillo y de fácil manejo, que les proporcione información sobre todas las cuestiones anteriormente apuntadas, en especial, acerca de lo que son las instrucciones previas, del alcance y finalidad del documento en el que éstas se hagan constar, así como servirles de ayuda para su adecuada aplicación.

Es de esperar que se haya conseguido este fin y que con este documento se dé respuesta a alguna de las inquietudes que pudiera suscitar una materia tan novedosa como esta.

# Índice

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introducción .....                                                                                                                                                                                                                                                        | 5         |
| <b>1. ¿Qué es el documento de instrucciones previas? .....</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>6</b>  |
| <b>2. ¿Quién puede otorgar un documento de instrucciones previas? .....</b>                                                                                                                                                                                               | <b>6</b>  |
| <b>3. ¿Deben los médicos asesorar a sus pacientes sobre la formulación de las instrucciones previas? .....</b>                                                                                                                                                            | <b>6</b>  |
| <b>4. ¿Hay que efectuar alguna comprobación antes de aplicar las instrucciones previas? ...</b>                                                                                                                                                                           | <b>6</b>  |
| <b>5. ¿Cómo se sabe si una persona tiene instrucciones previas? .....</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>7</b>  |
| <b>6. ¿Cuándo debe el profesional sanitario consultar el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León? .....</b>                                                                                                                                                  | <b>8</b>  |
| <b>7. ¿Qué es el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León y para qué sirve?.....</b>                                                                                                                                                                          | <b>8</b>  |
| <b>8. Si es preciso efectuar una consulta al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León ¿Cómo puede el médico acceder? .....</b>                                                                                                                                | <b>8</b>  |
| <b>9. En el momento de aplicar las instrucciones previas ¿Qué papel juega el representante? .....</b>                                                                                                                                                                     | <b>9</b>  |
| <b>10. ¿Existe algún límite en la aplicación de las instrucciones previas? .....</b>                                                                                                                                                                                      | <b>9</b>  |
| <b>11. ¿Se debe tener en consideración la solicitud de aplicación de la eutanasia si se recoge en el documento de instrucciones previas? .....</b>                                                                                                                        | <b>10</b> |
| <b>Apéndice normativo: 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.....</b> | <b>11</b> |
| Anexo I. Documento de instrucciones previas formalizado ante tres testigos .....                                                                                                                                                                                          | 25        |
| Anexo II. Solicitud de inscripción de un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León .....                                                                                                                              | 33        |
| Anexo III. Revocación ante tres testigos de un documento de instrucciones previas .....                                                                                                                                                                                   | 36        |
| Anexo IV. Solicitud de inscripción de revocación de un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León .....                                                                                                                | 36        |
| Anexo V. Documento de instrucciones previas formulado ante tres testigos que sustituye a un documento anterior .....                                                                                                                                                      | 41        |
| Anexo VI. Solicitud de inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de un documento de instrucciones previas que sustituye a otro anterior .....                                                                                                                   | 49        |
| Anexo VII. Designación de Representantes .....                                                                                                                                                                                                                            | 52        |

# Introducción

Las instrucciones previas, también conocidas como voluntades anticipadas o testamento vital, constituyen una manifestación de la autonomía de la voluntad de los pacientes y, como tal, son expresión de la dignidad de la persona.

A través del documento de instrucciones previas, las personas pueden decidir acerca de los tratamientos y cuidados de salud que desean o no recibir cuando se encuentren en una circunstancia en la que no puedan manifestar su voluntad personalmente. Elaborar un documento de instrucciones previas requiere una reflexión acerca de algo tan delicado como el momento final de la vida y supone realizar una planificación anticipada de cuidados.

Desde esta perspectiva, los documentos de instrucciones previas constituyen una valiosa herramienta para los profesionales porque son una importante ayuda en la toma de decisiones clínicas en una situación en que el paciente no puede expresar sus deseos personalmente.

Por ello, la implicación de los profesionales no se limita al momento de su aplicación, sino que comienza en el proceso de reflexión y deliberación que lleva a un paciente a la formulación de sus instrucciones previas, jugando un papel fundamental a la hora de asesorar al paciente, de forma que el proceso se base en ese diálogo entre el profesional sanitario y el paciente, que permite a éste conocer las preferencias de su paciente y que tan enriquecedor resulta para fortalecer la relación asistencial.

En consecuencia, resulta fundamental la implicación de los profesionales de medicina y enfermería, tanto en el proceso de elaboración de las instrucciones como en su posterior aplicación, si llegara el caso. Por este motivo, esta guía pretende servir de orientación a los profesionales sobre lo que deben saber acerca de las instrucciones previas y los requisitos para su aplicación, puesto que son los destinatarios de dichos documentos.

## **1. ¿Qué es el documento de instrucciones previas?**

Es un documento que recoge los deseos expresados, de forma anticipada, por una persona sobre los cuidados y tratamientos de salud que desea recibir, para que sean tenidos en cuenta por el médico o por el personal de enfermería responsable de su asistencia en aquellos momentos en los que se encuentre incapacitado para expresarlos personalmente. Asimismo, en dicho documento puede expresar su voluntad sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado su fallecimiento.

## **2. ¿Quién puede otorgar un documento de instrucciones previas?**

Puede realizar un documento de instrucciones previas cualquier persona mayor de 18 años, capaz y que actúe libremente.

## **3. ¿Deben los profesionales sanitarios asesorar a sus pacientes sobre la formulación de las instrucciones previas?**

Resulta recomendable que el personal médico y de enfermería informe a sus pacientes de la posibilidad de otorgar un documento de instrucciones previas y de cómo hacerlo, especialmente cuando éste padezca alguna enfermedad crónica, en la que es previsible la evolución hacia una situación de pérdida de capacidad para hacerse cargo de su situación, por ejemplo, ante un diagnóstico de Alzheimer.

En estos supuestos, la planificación de los posibles cuidados que se pueden necesitar en determinadas situaciones sanitarias y especialmente en el momento final de la vida, pueden ser de gran ayuda tanto para el paciente como para el profesional que llegado el momento se encuentre atendiendo a ese paciente.

Esta planificación tiene una ventaja relevante para el paciente, dado que le va a permitir conocer el curso de la enfermedad y posibles complicaciones futuras, conocer las opciones terapéuticas, incluyendo los tratamientos de soporte vital, las posibilidades de supervivencia y de recuperación con cada uno de ellos y, por último, las consecuencias de las decisiones que tome en su entorno.

## **4. ¿Hay que efectuar alguna comprobación antes de aplicar las instrucciones previas?**

Las instrucciones previas, para que sean válidas, deben constar por escrito, pudiendo utilizarse para ello cualquier modelo de documento, y formalizarse mediante alguno de los siguientes procedimientos:

- a) *Ante notario*, sin necesidad de testigos. El notario garantiza, con su fe pública y bajo su responsabilidad, la capacidad del otorgante, que está debidamente informado del contenido del documento y que lo que en él se recoge se corresponde con su voluntad.

Por tanto, si se presenta para su aplicación un documento notarial no es necesario efectuar ninguna comprobación formal ulterior.

b) *Ante tres testigos.* Para emplear este procedimiento de formalización es necesario contar con tres personas mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni tener una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con la persona otorgante. Estos testigos deben de asegurarse de que el otorgante conoce el contenido del documento y es consciente de su alcance. Por tanto, si se presenta un documento formalizado ante testigos para su aplicación y, **siempre que no conste su inscripción en el Registro de Instrucciones Previas**, se debe comprobar que consta:

- La fecha en que se formalizó el documento de instrucciones previas ante los tres testigos
- La firma del otorgante.
- La firma de los tres testigos.
- Una declaración de los testigos de que son mayores de edad y tienen plena capacidad de obrar y que, a su juicio, el otorgante es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en su presencia.
- Una declaración del otorgante de que, al menos dos de ellos no tienen relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni tiene una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni tiene relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con la persona otorgante.

c) *Ante el personal al servicio de la Administración.* En este tipo de documentos se debe comprobar, **siempre que no estén inscritos en el Registro**, que consta la identificación del funcionario ante el que se formalizó, la referencia a la Orden de nombramiento por la que se le designó personal de la Administración ante el que se puede formalizar un documento de instrucciones previas, la fecha de formalización y la firma del otorgante y del funcionario.

Cuando los documentos de instrucciones previas están inscritos en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León no es necesario hacer las comprobaciones formales indicadas, ya que éstas se efectúan por el personal del Registro con carácter previo a la inscripción. No obstante, se debería confirmar en la historia clínica que en la fecha en la que se formalizó el documento no existe constancia de procesos asistenciales agudos que pudieran afectar a la capacidad del paciente.

## 5. ¿Cómo se sabe si una persona tiene instrucciones previas?

Cuando un profesional sanitario quiere comprobar si una persona a la que está prestando asistencia dispone de instrucciones previas, en primer lugar, debe dirigirse al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León para efectuar la consulta.

No obstante, teniendo en cuenta que la inscripción en el Registro no es obligatoria, puede ocurrir que el paciente tenga instrucciones previas, pero no las haya inscrito, sino que haya aportado el documento para que sea incorporado en su historia clínica. Por ello, si la búsqueda en el Registro ha sido infructuosa, se debe consultar en la historia del paciente por si contiene el citado documento e, incluso, preguntar a sus familiares o personas vinculadas de hecho sobre la posible existencia de instrucciones previas.

## **6. ¿Cuándo debe el profesional sanitario consultar el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?**

Es obligatorio efectuar una consulta al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León para saber si un paciente ha otorgado instrucciones previas que deban tenerse en cuenta en el proceso asistencial siempre que concurren estas tres circunstancias:

- Que esté atendiendo a ese paciente.
- Que el paciente no pueda expresar su voluntad personalmente (ya sea porque está inconsciente o carece de capacidad suficiente) ya que, si el paciente puede comunicar sus decisiones, prevalece el consentimiento y la voluntad expresada en el momento para el acto asistencial concreto y no sería necesario consultar las instrucciones previas.
- Que el profesional sanitario tenga que tomar decisiones clínicas o terapéuticas en relación con el proceso asistencial.

Es preciso advertir que sólo se debe acceder al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León para consultar el documento de instrucciones previas si concurren las circunstancias señaladas anteriormente.

## **7. ¿Qué es el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León y para qué sirve?**

El Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, adscrito a la Gerencia Regional de Salud, es un instrumento que tiene como finalidad:

- Inscribir aquellos documentos de instrucciones previas cuando así haya sido solicitado por sus otorgantes.
- Custodiarlos una vez inscritos.
- Darlos a conocer a los profesionales sanitarios que, llegado el momento, deban aplicarlos.

Además, el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León estará conectado con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, y a través de él se pueden consultar las inscripciones practicadas en el resto de los registros autonómicos, lo que significa que el médico que desarrolle su trabajo en Castilla y León puede tener acceso al documento de un paciente al que esté asistiendo, con independencia de dónde lo haya inscrito.

## **8. Si es preciso efectuar una consulta al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León ¿Cómo puede el profesional sanitario acceder?**

El acceso al Registro de Instrucciones previas lo facilita el Colegio Profesional de Médicos o el Colegio Profesional Enfermería a sus respectivos profesionales colegiados en Castilla y León y que esté en activo.

El Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León está accesible las veinticuatro horas del día todos los días del año.

El acceso se hará por medios telemáticos a través del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León ([www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es)), mediante certificado electrónico personal de la F.M.T. o DNI electrónico o con el Certificado de empleado público de la Gerencia Regional de Salud en el caso de que realice su actividad asistencial en los centros sanitarios de SACYL

Este sistema garantiza la confidencialidad de los datos, dado que permite asociar cada acceso con el profesional que lo solicita y con la información solicitada.

Además, el médico y cualquier profesional sanitario que en el desempeño de sus funciones tenga conocimiento del contenido de un documento de instrucciones previas está sujeto al deber de secreto, con el fin de preservar la confidencialidad de los datos contenidos en el Registro.

El incumplimiento de estas obligaciones puede ser constitutivo de una infracción administrativa o generar responsabilidad civil e incluso penal.

## **9. En el momento de aplicar las instrucciones previas ¿Qué papel juega el representante?**

Si el paciente ha designado representante en el documento de instrucciones previas, el profesional médico o de enfermería debe ponerse en contacto con él porque es el interlocutor elegido por el paciente y debe ayudar a interpretar sus instrucciones cuando sea necesario. Es decir, en aquellos casos en que hay representante, es él y no la familia, quien debe participar y colaborar con el profesional en la toma de decisiones clínicas.

Se puede contar con la familia para que colabore en la interpretación y aplicación de las instrucciones siempre que no haya representante, pero en ningún caso se puede actuar en contra de lo expresado por el paciente en el documento, aunque la familia exprese otra cosa.

La figura del representante es tan importante que, para evitar un posible conflicto de intereses con el representado, se ha establecido que no pueden ser representantes ni el notario o el personal de la Administración o los testigos ante los que se formalizó, ni el personal habilitado para la gestión del Registro, ni el personal de las compañías que financian la atención del otorgante, ni el personal sanitario que debe aplicar las instrucciones previas.

## 10. ¿Existe algún límite en la aplicación de las instrucciones previas?

El profesional no deberá aplicar las instrucciones previas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el otorgante haya previsto en el momento de manifestarlas, ni tampoco las que sean contrarias al ordenamiento jurídico o a la *lex artis* vigente en el momento de su aplicación. No es incompatible con la *lex artis* la actuación del profesional sanitario que acata las indicaciones del otorgante que haya solicitado la limitación o la no aplicación de un tratamiento, ya que de esta forma se respeta su autonomía de decisión.

En cualquier caso, el profesional deberá dejar constancia razonada en la historia clínica de los motivos por los que no se han aplicado las instrucciones previas.

Puede ocurrir que, en algún caso, el profesional sanitario tenga un conflicto en relación con la aplicación o no de las instrucciones, en cuyo caso, es posible y recomendable acudir al Comité de Ética Asistencial de su centro para recibir asesoramiento.

## 11. ¿Se debe tener en consideración la solicitud de aplicación de la eutanasia si se recoge en el documento de instrucciones previas?

Con la entrada en vigor de la Ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, se reconoce el derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir mediante **eutanasia**. La Ley regula también la posibilidad de solicitar expresamente esta ayuda en el documento de instrucciones previas o testamento vital, para que el facultativo responsable de la asistencia sanitaria conozca el deseo de su paciente cuando esté en una situación de incapacidad de hecho, en la que carezca de entendimiento y voluntad suficientes para tomar decisiones de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo y además presente:

- **Un padecimiento grave, crónico e imposibilitante:** situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
- **Enfermedad grave e incurable:** la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

## Apéndice normativo

**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.**

La Constitución Española, en el Título I dedicado a los derechos y deberes fundamentales, contempla en su artículo 10 como fundamento del orden político y la paz social, la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad. Además, en su artículo 43, se reconoce el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos.

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, regula la figura de las instrucciones previas, a la que se dedica el artículo 11, como una manifestación de la autonomía de la decisión de los pacientes.

Por su parte, en el ámbito Comunidad de Castilla y León, la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, regula en su artículo 30 el otorgamiento de instrucciones previas, cuyo contenido y procedimiento de registro se han establecido mediante 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.

A través del presente Decreto, que deroga parcialmente el anterior citado Decreto 30/2007, de 22 de marzo, se regula de forma unitaria: el contenido de las instrucciones previas; el procedimiento de otorgamiento de instrucciones previas fortaleciendo el otorgamiento ante personal al servicio de la Administración y facilitando así el ejercicio de este derecho; el mantenimiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León creado en al año 2007, si bien, mejorando la organización del mismo haciéndolo más accesible a la ciudadanía mediante la creación de Unidades Habilitadas del Registro, al menos una por provincia; la garantía del cumplimiento de las instrucciones previas otorgadas, permitiendo el acceso a éstas a todo el personal responsable de la asistencia sanitaria, tanto médico como de enfermería, en aquellas situaciones en que sea necesario tomar decisiones clínicas y de cuidados y la persona otorgante se encuentre imposibilitada para expresar su voluntad; y por último, incorporando los medios electrónicos tanto para la formalización e inscripción de las instrucciones previas como, posteriormente, para el acceso a su contenido a través del Registro de Instrucciones Previas.

De acuerdo con lo expuesto, el presente Decreto tiene por objeto regular el procedimiento de formalización de las instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. A tal efecto el decreto consta de 16 artículos, estructurados en cuatro capítulos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

El capítulo I “Disposiciones generales” regula el objeto de la norma.

El capítulo II “Formalización de instrucciones previas”, regula los procedimientos de formalización, así como el contenido formal y material de los documentos de instrucciones previas. El Capítulo III “Organización y funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León”, establece la dependencia y naturaleza del Registro, así como sus funciones y su organización destacando la creación de Unidades Habilitadas. El Capítulo IV “Procedimiento de inscripción y acceso al Registro de Instrucciones Previas”, incorpora la tramitación electrónica en todas las fases y facilita el acceso al registro como garantía del cumplimiento de las instrucciones otorgadas y asimismo, se regula la incorporación de las

instrucciones previas de forma automática en la historia clínica electrónica que la persona otorgante tuviera en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Finalmente, a través de las disposiciones adicionales se regula la participación de los comités de ética asistencial para la resolución de conflictos y de los colegios profesionales en la ordenación de los accesos al Registro de Instrucciones Previas. A través de las disposiciones transitorias se establecen las Unidades Habilitadas del Registro hasta que se desarrolle la estructura periférica de la Gerencia Regional de Salud y se da solución a las instrucciones formalizadas antes de la entrada en vigor de este decreto y, en las disposiciones derogatoria y finales, se dejan sin efecto todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan al decreto, se contempla una habilitación normativa a favor de la persona titular de la Consejería de Sanidad y se establece la fecha de entrada en vigor.

El decreto responde, tanto en su finalidad y contenido como en el procedimiento de su elaboración, a los principios de buena regulación establecidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

Se trata de una norma que cumple con los principios de necesidad, eficacia y proporcionalidad, dado que viene motivada por el interés general de garantizar el derecho a otorgar instrucciones previas en el ámbito sanitario, contiene la regulación imprescindible para atender la finalidad a la que se dirige, es coherente con el resto del ordenamiento jurídico y no conlleva cargas administrativas innecesarias, favoreciendo una mayor eficiencia y racionalidad en la gestión de los recursos públicos.

El decreto es también coherente con el resto del ordenamiento jurídico. Además de estar en consonancia con las normas citadas, también lo está con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, la Ley 2/2010, de 11 de marzo, de Derechos de los Ciudadanos en sus relaciones con la Administración de la Comunidad de Castilla y León y de Gestión Pública y con el Decreto 7/2013, de 14 de febrero, de utilización de medios electrónicos en la Administración de la Comunidad de Castilla y León, en consecuencia, se cumple con el principio de seguridad jurídica.

El principio de transparencia se ha garantizado mediante la publicación en el Portal de Gobierno Abierto de la Junta de Castilla y León de los mecanismos de consulta previa y participación ciudadana. También ha sido sometido al trámite de audiencia y al informe preceptivo de los correspondientes órganos y organismos. Por último, toda la tramitación se hará pública en la Huella Normativa de la web corporativa.

Asimismo, se han tenido en cuenta los principios que sobre calidad normativa y evaluación del impacto normativo establece la Ley 2/2010, de 11 de marzo, de Derechos de los Ciudadanos en sus relaciones con la Administración de la Comunidad de Castilla y León y de Gestión Pública, al objeto de garantizar la accesibilidad de la presente norma y su coherencia con el resto de las actuaciones y objetivos de las políticas públicas.

Los artículos 128 y 129.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, atribuyen con carácter general el desarrollo reglamentario de las leyes en el ámbito autonómico a los Consejos de Gobierno respectivos. En la Administración de la Comunidad de Castilla y León este corresponde a la Junta de Castilla y León, conforme disponen artículos 16.e y 70.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y en particular, conforme dispone tanto la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León, que en su artículo 6 b) le atribuye el desarrollo de la legislación sanitaria, como la Ley 8/2003, de 8 de abril, que en su artículo 30 establece que corresponde a la Junta de Castilla y León regular las fórmulas de registro así como el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta del Consejero de Sanidad, de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Castilla y León, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 21 de noviembre de 2024

DISPONE

CAPÍTULO I

*Disposiciones generales*

*Artículo 1 Objeto.*

El presente decreto tiene por objeto regular el procedimiento de formalización de las instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, así como el procedimiento de inscripción de documentos de instrucciones previas en el citado Registro y el acceso al mismo para la consulta de los documentos inscritos.

CAPÍTULO II

*Formalización de las instrucciones previas*

*Artículo 2. Las instrucciones previas.*

1. Las instrucciones previas son la manifestación anticipada de voluntad que hace por escrito cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, acerca de los cuidados y el tratamiento de su salud y/o sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado el fallecimiento, para que sea tenida en cuenta, por el médico o por el equipo sanitario responsable de su asistencia, en el momento en que se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren le impidan expresarla por sí misma.

2. De conformidad con lo dispuesto el apartado 2 del artículo 30 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y en los términos establecidos en este Decreto, las instrucciones previas deberán formalizarse documentalmente mediante uno de los siguientes procedimientos:

- a) Ante notario/a.
- b) Ante personal al servicio de la Administración designado por la Consejería competente en materia de Sanidad.
- c) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni tener una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con la persona otorgante.

3. En el caso de que la persona otorgante presente una discapacidad, ésta podrá aportar, en el momento de la formalización, las medidas de apoyo que considere necesarias para ejercer adecuadamente su derecho a formalizar sus instrucciones previas por cualquiera de los procedimientos anteriormente descritos.

Artículo 3. *Contenido de las instrucciones previas.*

1. En el documento de instrucciones previas, cualquiera que sea el procedimiento de formalización, se hará constar el siguiente contenido:

- a) El nombre y apellidos de la persona otorgante, la fecha de nacimiento, la dirección completa actual a efectos de notificación, el número del documento nacional de identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad, el lugar y fecha de formalización y su firma.

En el caso de que el otorgante presente incapacidad física para firmar de forma autógrafa su documento de instrucciones previas, podrá firmar mediante huella dactilar dejando constancia de esta circunstancia el personal de la Administración, el notario, o los tres testigos en función del procedimiento de formalización elegido.

- b) El documento de instrucciones previas formalizado ante tres testigos, además de lo previsto en el apartado anterior, deberá contener:

1º El nombre y los apellidos de los tres testigos, su dirección completa y el número del documento nacional de identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad.

2º Una declaración de los testigos de que son mayores de edad, que tienen plena capacidad de obrar y que, a su juicio, la persona otorgante es capaz, actúa libremente y que, en un acto único, ha firmado el documento en su presencia.

3º Una declaración de la persona otorgante de que, al menos dos de los testigos, no tienen relación de parentesco hasta el segundo grado, ni tienen una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho), ni relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional.

4º La firma de los tres testigos.

- c) El documento de Instrucciones previas deberá contener al menos una las siguientes previsiones:

1º Las instrucciones sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, así como las situaciones sanitarias a las que dichas instrucciones se refieren. En el caso de referir situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se podrán incorporar instrucciones para que se evite el sufrimiento con medidas paliativas y/o para que no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios.

2º El destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado el fallecimiento.

2. Asimismo, el documento de instrucciones previas podrá contener además las siguientes previsiones o algunas de ellas:

- a) Otras decisiones sobre cuidados y tratamientos sanitarios referidos a situaciones sanitarias concretas.
- b) Los objetivos vitales y valores personales que ayuden a interpretar las instrucciones previas otorgadas.
- c) La designación de una o varias personas como representantes para que, llegado el caso, sirvan como interlocutores con el médico o el equipo sanitario para procurar su cumplimiento. La designación de representantes se ajustará a lo dispuesto en el artículo 5 de este Decreto.

3. La persona otorgante del documento de instrucciones previas podrá utilizar el modelo normalizado que se encuentra disponible en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/es/sede-electronica.html>) y en el portal de salud de la Junta de Castilla y León ([Registro de Instrucciones Previas |Ciudadanos \(saludcastillayleon.es\)](#)), o cualquier otro en el que conste el contenido obligatorio previsto en el apartado 1 de este artículo.

#### *Artículo 4. Sustitución y revocación de un documento de instrucciones previas.*

1. Las instrucciones previas pueden sustituirse por otro documento o revocarse definitivamente en cualquier momento, a voluntad de la persona otorgante siempre que conserve su capacidad, dejando constancia expresa e indubitable y debiendo formalizarse por escrito mediante alguno de los procedimientos previstos en el artículo 2.2.

2. Cuando se pretenda modificar el contenido de un documento de instrucciones previas formalizado con anterioridad, será necesario realizar una sustitución completa de dicho documento. Para ello deberá aportar un nuevo documento que, además de lo previsto en el artículo 3 del presente decreto, deberá contener:

- a) Una identificación clara del anterior documento que se quiere sustituir.
  - b) La declaración expresa de que el anterior documento de instrucciones previas queda sin efectos.
3. Cuando se pretenda revocar un documento de instrucciones previas deberá identificarse claramente cuál es el documento que se quiere revocar y expresar la voluntad de privar a aquél de efectos sin otorgar uno nuevo en su lugar.

#### *Artículo 5. La persona representante.*

1. En el caso de que en el documento de instrucciones previas se hubieran designado representantes, se deberá indicar su nombre y apellidos, el número del documento nacional de identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad, la dirección completa y el número de teléfono.

2. Cuando se hubiese designado más de una persona representante, en las instrucciones previas se deberá indicar el orden de prelación entre ellas.

3. Podrá ser designado representante cualquier persona mayor de edad que no haya sido incapacitada para ello, con las siguientes excepciones:

- a) Las personas ante las que se formalizó el documento de instrucciones previas, ya sea el/la notario/a, el personal de la Administración o las personas que hubieran actuado como testigos en el acto de formalización.
- b) El personal habilitado para la gestión del Registro.
- c) El personal de las compañías que financien la atención sanitaria de la persona otorgante.
- d) El personal sanitario que deba aplicar las instrucciones previas al otorgante.

4. Cada representante designado debe aceptar por escrito la representación asumiendo el compromiso de velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento, en el caso de que la persona otorgante llegara a una situación en la que no pudiera expresar por sí misma sus decisiones con respecto a su atención sanitaria.
5. Una persona designada como representante podrá renunciar a ejercer dicha representación, debiendo en este caso comunicarlo por escrito al Registro de Instrucciones Previas para que pueda ser notificada esta renuncia a la persona otorgante del documento de instrucciones previas.

Las personas designadas representantes podrán utilizar el modelo normalizado para la designación de representantes que se encuentra disponible en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/es/sede-electronica.html>) y en el Portal de Salud de Junta de Castilla y León (Registro de Instrucciones Previas | Ciudadanos ([saludcastillayleon.es](http://saludcastillayleon.es))).

#### *Artículo 6 Formalización de las instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración.*

1. La formalización de un documento de instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración se realizará previa cita, que se podrá solicitar a través de los medios habilitados al efecto que se encuentran disponibles en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/es/sede-electronica.html>) y en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León (Registro de Instrucciones Previas | Ciudadanos ([saludcastillayleon.es](http://saludcastillayleon.es))).
2. La formalización requiere la identificación de la persona otorgante mediante presentación del documento nacional de identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad y para la comprobación de su mayoría de edad por dicho personal.
3. El personal asignado para la formalización del documento realizará una entrevista abierta con la persona otorgante en la que se acreditará el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 30 de La ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud en cuanto a la mayoría de edad, la capacidad para otorgarlas y que manifiesta sus instrucciones libremente.
4. Finalizada la formalización del documento de instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración se entregará al otorgante una copia auténtica de aquél.
5. El personal designado para formalizar los documentos de instrucciones previas podrá acudir al domicilio o centro sanitario de Castilla y León cuando la persona que quiera formalizar el documento de instrucciones previas así lo requiera por encontrarse impedido por enfermedad o discapacidad y presente un informe clínico, expedido por su médico de familia o médico que le asista, en el que acredite que la situación clínica del paciente le imposibilita para el desplazamiento a la sede de la Administración en medios ordinarios de transporte.
6. Corresponde a el/la director/a gerente de la Gerencia Regional de Salud designar, entre el personal que presta servicios en la Gerencia Regional de Salud, los profesionales ante los que se puede llevar a cabo la formalización del documento de instrucciones previas, tal como prevé la letra b) del artículo 30.2 de la Ley 8/2003, de 8 de abril. Dichos profesionales

deberán estar cualificados para valorar que el otorgante cumple los requisitos previstos para la formalización de documentos de instrucciones previas.

## CAPÍTULO III

### *Organización y funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León*

#### *Artículo 7. El Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.*

1. El Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León es único para toda la Comunidad Autónoma, está adscrito a la Gerencia Regional de Salud a través de la Dirección General competente en materia de tutela, desarrollo y seguimiento de la aplicación efectiva de los derechos de la ciudadanía en sus relaciones con el Sistema Sanitario de Castilla y León y tiene como finalidad asegurar, llegado el caso, el conocimiento y la aplicación de la instrucciones previas otorgadas de acuerdo con lo previsto en este Decreto.
2. El Registro es de naturaleza administrativa, siendo la inscripción de las instrucciones previas de carácter voluntario y declarativo.
3. El Registro de Instrucciones Previas contará con Unidades Habilitadas en las distintas áreas de salud.

#### *Artículo 8. Funciones del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.*

El Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León cumple las siguientes funciones:

- a) Inscribir los documentos de instrucciones previas, así como los documentos de sustitución o revocación, siempre que se hayan formalizado de acuerdo con lo previsto en la Ley 8/2003, de 8 de abril y cumplan lo establecido en el presente decreto.
- b) Custodiar los documentos de instrucciones previas inscritos.
- c) Facilitar al personal sanitario que preste atención sanitaria al otorgante, el conocimiento de la existencia de su documento de instrucciones previas y el acceso al mismo.
- d) Facilitar a los otorgantes el acceso al documento de instrucciones previas inscrito en el Registro, así como a los representantes que hubiera designado.
- e) Expedir certificaciones y copias de los documentos de instrucciones previas.
- f) Coordinarse con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, así como con otros registros de instrucciones previas.
- g) Proporcionar información acerca del derecho a formular instrucciones previas, de su contenido, de los procedimientos de formalización y de la inscripción, en su caso.

## Artículo 9. *Unidades Habilitadas del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.*

1. En cada área de salud existirá una Unidad Habilitada del Registro de Instrucciones Previas integrada en la organización periférica de la Gerencia Regional de Salud y dependiente funcionalmente del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
2. Cada Unidad Habilitada del Registro de instrucciones previas de Castilla y León cumple, en su respectivo ámbito territorial, las siguientes funciones:
  - a) Informar y facilitar la documentación necesaria a la ciudadanía que se interese por el ejercicio del derecho a otorgar instrucciones previas en el ámbito sanitario.
  - b) Coordinar las actuaciones realizadas por el personal de la Administración designado por la Consejería de Sanidad para la formalización de documentos de instrucciones previas, así como su sustitución o revocación.
  - c) Tramitar la inscripción de las instrucciones en los términos previstos en el artículo 11 de este Decreto.
  - d) Custodiar la documentación en papel relativa a los expedientes tramitados en dicha unidad hasta su traslado definitivo al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

## CAPÍTULO IV

### *Procedimiento de inscripción y acceso al Registro de Instrucciones Previas*

#### Artículo 10. *Iniciación del procedimiento de inscripción.*

1. La inscripción del documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, así como su sustitución o revocación, se realizará siempre a solicitud de la persona otorgante en el modelo de formulario que se encuentra disponible en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/es/sede-electronica.html>) y en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León (Registro de Instrucciones Previas | Ciudadanos (saludcastillayleon.es)).

La solicitud de inscripción de un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, así como su sustitución o revocación, implica la cesión de los datos de carácter personal de la persona otorgante que se contengan en dicho documento, al profesional sanitario responsable de su proceso, al Registro Nacional de Instrucciones Previas y a quienes, llegado el caso, estén legitimados para el cumplimiento de una obligación legal.

2. Cuando el documento de instrucciones previas se formalice ante notario/a o ante personal al servicio de la Administración, y en el momento de la formalización la persona otorgante solicite la inscripción, la persona ante quien se formalice procederá a incorporar en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, a los efectos de solicitar su inscripción, los datos de la persona otorgante, los de los representantes que en su caso designe y su aceptación de la designación y una copia auténtica electrónica exacta del documento.

En ese mismo momento, se entregará a la persona otorgante el justificante de la solicitud de inscripción con la información relativa al tratamiento de datos de carácter personal por el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

3. Cuando el documento de instrucciones previas se formalice ante tres testigos, la persona otorgante podrá optar por la formalización y solicitud de inscripción, a través de la Sede electrónica de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/es/sede-electronica.html>), en cuyo caso deberá adjuntar a la solicitud electrónica, el documento de instrucciones previas firmado en la propia sede por la persona otorgante y los testigos mediante el sistema habilitado en la sede electrónica de identificación y firma que permita asegurar el acto único de firma de la persona otorgante y los testigos.
4. De no solicitarse la inscripción en el momento de la formalización ante notario/a o ante personal de la Administración, o cuando el documento de instrucciones previas formalizado ante testigos no se presente según lo indicado en el párrafo anterior, la persona otorgante deberá presentar su solicitud en cualquiera de los lugares previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Con la solicitud deberá presentarse la siguiente documentación:

- a) El original del documento de instrucciones previas completo.
- b) Una fotocopia del documento nacional de identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar la identidad de la persona otorgante y, en su caso, de los testigos cuando se opongan expresamente a que la Administración consulte o recabe electrónicamente los documentos acreditativos de la identidad.
5. La inscripción del documento de sustitución o de revocación de instrucciones previas se podrá solicitar en cualquiera de las formas previstas en los apartados anteriores, teniendo en cuenta que son válidos desde el momento de su correcta formalización de acuerdo con lo previsto en el artículo 2 y 3 y sin perjuicio de su posterior inscripción.
6. No se podrán inscribir en el Registro de Instrucciones previas modificaciones parciales de documentos previamente inscritos. En el caso de que el otorgante desee modificarlo será preciso presentar un nuevo documento que sustituya al anterior y que recoja el contenido previsto en el artículo 3 y 4.2 de este Decreto.

#### *Artículo 11. Tramitación del procedimiento de inscripción.*

1. El personal que preste servicios en el Registro o en sus Unidades habilitadas, será el responsable de la tramitación del procedimiento de inscripción.
2. Recibida la solicitud de inscripción, sustitución o revocación del documento de instrucciones previas se verificará el cumplimiento de los requisitos legalmente previstos para su formalización e inscripción.

Si la solicitud o la documentación presentada no reúne los requisitos legales o está incompleta, se requerirá a la persona interesada para que, en el primer caso, subsane la falta y, en el segundo, acompañe los documentos preceptivos con indicación, en ambos casos, de que si así no lo hiciere se le tendrá por desistido de su petición, de conformidad con lo previsto en el artículo 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

3. Corresponde al personal al servicio de cada una de las Unidades Habilitadas del Registro, la realización de los actos previstos en el apartado anterior en los procedimientos de inscripciones de instrucciones previas formalizadas ante personal al servicio de la Administración, en su respectivo ámbito territorial, o al que excepcionalmente se le asigne, así como la notificación de la resolución que se adopte.
4. Corresponde a la persona titular de la Dirección General de la Gerencia Regional de Salud a la que esté adscrita el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León dictar resolución autorizando o denegando la inscripción en el Registro. En el supuesto de que la resolución sea denegatoria deberá estar debidamente motivada en el incumplimiento de alguno de los requisitos establecidos en la Ley 8/2003, de 8 de abril o en este Decreto.
5. Contra la Resolución que se dicte se podrá interponer recurso de alzada de conformidad con los establecido en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre y en los artículos 9.2 y 20 del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud.
6. El plazo para notificar la resolución a la persona otorgante es de dos meses desde la fecha de presentación de la solicitud. La falta de notificación dentro del plazo previsto tendrá efectos estimatorios.

*Artículo 12. Conservación de los documentos de instrucciones previas inscritos en el Registro.*

Los documentos de instrucciones previas que hayan sido inscritos en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León así como la documentación que se adjunte, se custodiarán y conservarán hasta su revocación o hasta que hayan transcurrido cinco años desde el fallecimiento de la persona otorgante, salvo que sean prueba documental en un proceso judicial o procedimiento administrativo, en cuyo caso se conservarán hasta que se dicte sentencia judicial o resolución administrativa firmes, respectivamente.

*Artículo 13. Información de las instrucciones previas en la Historia Clínica de la persona otorgante.*

1. Todo documento de instrucciones previas inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León constará automáticamente en la historia clínica electrónica que la persona otorgante tuviera en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
2. Cuando el documento de instrucciones previas se haya inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León y la persona otorgante quisiera que se notificara la inscripción a un centro o servicio sanitario no dependiente de la Gerencia Regional de Salud, deberá solicitarlo expresamente indicando el nombre del centro sanitario en la solicitud de inscripción de instrucciones previas.

En este caso, el responsable del Registro emitirá una certificación acreditativa de la inscripción que remitirá al centro sanitario que la persona otorgante haya indicado, con las explicaciones necesarias para que el personal sanitario responsable de la asistencia del otorgante acceda al registro y pueda incorporar el documento de instrucciones previas a la historia clínica del mismo.

3. Cuando el documento de instrucciones previas no se haya inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, y la persona otorgante quiera que conste en su

historia clínica, será él quien haga la entrega al centro sanitario, y si éste no pudiera, lo hará el representante designado en el propio documento de instrucciones previas, o en su defecto sus familiares, su representante legal o personas vinculadas de hecho.

4. En los casos de sustitución o revocación de un documento de instrucciones previas se procederá de igual modo al previsto en los apartados anteriores.

5. Un documento no inscrito en el Registro es válido siempre que cumpla los requisitos establecidos en los artículos 2 y 3 del presente Decreto y corresponde a los depositarios legítimos del documento entregar una copia íntegra del mismo a los profesionales sanitarios responsables de la atención del paciente; de no hacerse esta comunicación completa, el servicio público de salud quedará exento de cualquier responsabilidad. A estos efectos son depositarios legítimos, la persona otorgante, el/los representantes designados en el propio documento de instrucciones previas, o en su defecto su representante legal, sus familiares o personas vinculadas de hecho.

#### *Artículo 14. Acceso al Registro de Instrucciones Previas.*

1. La persona otorgante de un documento de instrucciones previas que haya sido inscrito y los representantes que consten en dicho documento, podrán, en cualquier momento, acceder al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León para consultarla.
2. Con el fin de garantizar que se cumplan las instrucciones previas manifestadas por los pacientes, el personal médico y de enfermería responsable de la asistencia sanitaria de la persona otorgante podrá acceder al Registro de Instrucciones Previas y consultar el documento inscrito sólo en aquellas situaciones en que sea necesario tomar decisiones clínicas y la persona otorgante se encuentre imposibilitado para expresar su voluntad.
3. El acceso por el personal médico y de enfermería responsable de la asistencia sanitaria, tanto en centros de titularidad pública como privada, se hará por medios telemáticos que garanticen la confidencialidad de los datos y la identificación tanto de la persona que solicita el acceso como de la información suministrada, de modo que quede constancia de todo ello.
4. Deberán adoptarse las medidas necesarias para garantizar que la información esté disponible las veinticuatro horas del día todos los días del año.

#### *Artículo 15. Protección de datos.*

La protección de los datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León se regirá por lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

#### *Artículo 16. Deber de secreto.*

El personal que presta servicios en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León y en las Unidades Habilitadas del Registro, así como cualquier otro que en el desempeño de

sus funciones tenga conocimiento del contenido de cualquier documento de instrucciones previas, está sujeto al deber de secreto.

## DISPOSICIONES ADICIONALES

### Primera. *Resolución de conflictos.*

Los Comités de Ética Asistencial podrán ser consultados en aquellos casos en que se considere necesario para resolver las posibles dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación de las instrucciones previas.

### Segunda. *Convenios de colaboración.*

1. La transmisión telemática de documentos de instrucciones previas autorizados notarialmente prevista en el artículo 10.2 de este Decreto se articulará mediante el correspondiente convenio de colaboración con el Ilustre Colegio Notarial de Castilla y León.
2. El acceso y consulta del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León en los términos previstos en el artículo 14.2 de este Decreto se articulará mediante el correspondiente convenio de colaboración con el Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Castilla y León y el Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León.

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

### Primera. *Unidades habilidades del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.*

Hasta que se desarrolle la estructura periférica de la Gerencia Regional de Salud prevista en Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, serán Unidades habilitadas del Registro, las Divisiones de Asistencia Sanitaria e Inspección de la Gerencia de Asistencia Sanitaria, o de la Gerencia de Salud de Área que corresponda según lo dispuesto en la disposición adicional primera y en la disposición transitoria segunda del citado Decreto 42/2016, de 10 de noviembre.

### Segunda. *Régimen transitorio de inscripción de instrucciones previas.*

Las solicitudes de inscripción de documentos de instrucciones previas presentadas con anterioridad a la entrada en vigor del presente decreto se regirán por la normativa vigente en la fecha que se presentó la solicitud.

## DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango en lo que se opongan a lo establecido en el presente Decreto.

En particular, queda derogado 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, exceptuando su artículo 10.

## DISPOSICIONES FINALES

Primera. *Habilitación normativa.*

Se faculta a la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad para dictar cuantas órdenes y disposiciones sean precisas para el cumplimiento y desarrollo del presente Decreto.

Segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Decreto entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el “Boletín Oficial de Castilla y León”.

Anexo I.

Documento de instrucciones previas  
formalizado ante tres testigos

## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS FORMULADO ANTE TRES TESTIGOS

Yo, ..... nacido/a el día ..... de ..... , con DNI/pasaporte/NIE nº ..... con domicilio en (dirección completa): ..... localidad ..... provincia ..... CP .....

Actuando libremente, con plena capacidad de obrar y tras una adecuada reflexión, hago constar las **INSTRUCCIONES PREVIAS** que se describen en este documento.

Con estas instrucciones previas manifiesto anticipadamente **MI VOLUNTAD**, con el objeto de que ésta se cumpla si llegase a una situación futura en la que, **POR PADECIMIENTOS Y LIMITACIONES GRAVES EN MI ESTADO FÍSICO Y/O MENTAL, DE CARÁCTER PERMANENTE E IRREVERSIBLE, YO NO FUERA CAPAZ DE EXPRESAR PERSONALMENTE MIS DECISIONES** acerca de los cuidados y el tratamiento de mi salud que pudiera necesitar, y/o sobre mi fallecimiento, y/o sobre el destino de mis órganos y mi cuerpo tras mi muerte.

Entre los padecimientos y limitaciones que me pueden llevar a esta situación irreversible se incluyen, por ejemplo:

- Estado vegetativo persistente.
- Daño cerebral severo.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular (p.ej. enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, polineuropatías, miopatías) en fase avanzada y con falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Enfermedad de Alzheimer o cualquier otra demencia, con independencia de su origen, cuando se encuentre en fase avanzada.
- Cualquier otra patología o lesión, permanente e irreversible, de similar gravedad a las anteriores.
- Situación terminal, con un pronóstico de tiempo de vida limitado a pocas semanas o meses.
- Las complicaciones irreversibles de la enfermedad que padezco actualmente ..... de cuya evolución y pronóstico he recibido adecuada información (cumplimentar si procede).

### INSTRUCCIONES SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS

Si llegara a encontrarme en alguna de las situaciones definidas anteriormente, **CON CARÁCTER PERMANENTE E IRREVERSIBLE**, de forma constatada por dos médicos, es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud respeten y cumplan mi voluntad, en el sentido que expreso a continuación:

**IMPORTANTE: Lea con atención para evitar señalar opciones que pudieran resultar incompatibles entre ellas. En caso de que NO desee dar instrucciones en algún apartado concreto, o si aún no tiene clara su decisión en ese aspecto, NO marque ninguna opción dentro de ese apartado.**

**A) Decisiones sobre la prolongación de supervivencia si se produce un deterioro de órganos vitales (corazón, pulmón, riñón...) cuya función puede ser reemplazada por máquinas u otras medidas de soporte vital (ventilación artificial, diálisis, maniobras de reanimación cardiaca, etc.):**

**SÍ**, quiero que se me apliquen medidas artificiales de soporte vital, y prolongar mi supervivencia hasta donde sea médicaamente posible.

**NO** quiero que se me apliquen medidas artificiales de soporte vital cuando solo tengan como propósito prolongar mi supervivencia, deseo que no se inicien o, en su caso, que se retiren si se hubiesen instaurado antes.

**B) Decisiones sobre otros tratamientos médicos y/o técnicas sanitarias, diagnósticas o terapéuticas, que pudieran ser considerados desproporcionados o extraordinarios. (este apartado NO se refiere a los cuidados paliativos)**

**Sí**, quiero que se me apliquen todos los tratamientos y técnicas sanitarias que pudieran ser considerados médicaamente apropiados en mi atención sanitaria, con el propósito de prolongar mi supervivencia.

**NO** quiero se me realicen procedimientos invasivos, ni se me administren fluidos intravenosos, ni medicación, ni otros tratamientos complementarios extraordinarios, con el sólo propósito de prolongar mi supervivencia. Deseo únicamente aquellos tratamientos cuya aplicación se indique para aliviar síntomas molestos o dolorosos (p.ej. por una infección urinaria, o por una obstrucción intestinal) con adecuación del esfuerzo terapéutico.

**C) Decisiones sobre la alimentación artificial en caso de pérdida de la capacidad de sorber, tragar o deglutar alimentos sólidos o líquidos.**

**Sí**, quiero que se me administre alimentación artificial por cualquier vía (sonda, gastrostomía, nutrición parenteral, etc.) en el caso de que no fuera capaz de sorber, tragar o deglutar alimentos sólidos o líquidos.

**NO** quiero que me administre alimentación artificial ni forzada por cualquier vía (sonda, gastrostomía, nutrición parenteral, etc.) en el caso de que no fuera capaz de sorber, tragar o deglutar alimentos sólidos o líquidos. En caso necesario, deseo que se me suministren los tratamientos médicos indicados para aliviar y paliar al máximo los síntomas causados por la falta de fluidos o alimentación.

**D) Decisiones sobre los cuidados paliativos (control del dolor y de otros síntomas cuando la enfermedad ya no responde a ningún tratamiento curativo).**

**Sí**, quiero que se me suministren cuidados paliativos, con la atención y cuidados necesarios, incluyendo los fármacos indicados para aliviar y paliar mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico. Deseo que la intensidad de los tratamientos paliativos que se me apliquen sea proporcional a la intensidad de los síntomas que presente, aunque como consecuencia de ello se pudiera producir un acortamiento en mi expectativa de vida en mis últimos días u horas.

**NO** quiero que me suministren cuidados paliativos.

**E) Decisiones sobre la sedación paliativa (disminución deliberada del nivel de conciencia mediante la administración de fármacos, a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles en un plazo de tiempo razonable, o para evitar el sufrimiento en la agonía).**

Nota aclaratoria: no es lo mismo la sedación paliativa (cuya finalidad es disminuir el nivel de conciencia del paciente cuyos síntomas no pueden ser controlados de otra forma) que la eutanasia (cuya finalidad es poner fin a la vida del paciente).

**Sí**, quiero que se me aplique la sedación paliativa.

**NO** quiero que se me aplique la sedación paliativa.

**F) Decisiones sobre la eutanasia (prestación de ayuda para morir) según lo establecido en la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo) y en las que la desarrollen.**

Mi INSTRUCCIÓN en relación con la EUTANASIA es:

(Marcar **SÓLO** si este es su deseo; de lo contrario no es necesario señalar nada)

- Quiero que se me facilite la prestación de ayuda para morir si me encuentro en alguno de los supuesto clínicos previstos en la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la ley)

**G) En su caso: otras decisiones sobre mis cuidados y tratamientos, en relación con enfermedades o situaciones sanitarias concretas.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INSTRUCCIONES SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DESTINO DEL CUERPO**

Lea con atención para evitar señalar opciones que pudieran resultar incompatibles entre ellas. En caso de que NO desee dar instrucciones en algún apartado concreto, o si aún no tiene clara su decisión en ese aspecto, NO marque ninguna opción dentro de ese apartado.

**H) Decisiones sobre la donación de mis órganos**

Si se produce el fallecimiento, en cuanto a la **donación de órganos**, deseo:

- Que se donen todos mis órganos y tejidos válidos para trasplantes.  
 Que se donen todos mis órganos y tejidos válidos para trasplantes, excepto los siguientes:  
.....  
  
 Que NO se done ninguno de mis órganos para trasplantes.  
 Que se done el cerebro o tejido cerebral con fines de investigación en enfermedades neurológicas.

**I) Decisiones sobre el destino de mi cuerpo**

Si se produce el fallecimiento, en cuanto al **destino de mi cuerpo**, deseo:

- Enterramiento.  
 Incineración.  
 Donación del cuerpo para la investigación y/o docencia

**J) En su caso: otras decisiones a tener en cuenta tras mi fallecimiento.**

.....  
.....  
.....  
.....

## VALORES PERSONALES

**Lea con atención para evitar señalar opciones que pudieran resultar incompatibles entre ellas. En caso de que NO desee expresar sus valores, no marque ninguna opción dentro de ese apartado.**

Para facilitar la interpretación de estas instrucciones, quiero dejar constancia de mis **VALORES Y FORMA DE PENSAR**. Para mí resulta **IMPORTANTE**:

- Mantener mi supervivencia todo el tiempo que sea médicaamente posible, aún en ausencia de capacidades físicas e intelectuales.
- Mantener un cierto nivel de calidad de vida y no sólo alargar el tiempo de supervivencia.
- Tener capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- Conservar mi independencia funcional sin que necesite ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, usar el servicio....).
- No suponer una carga para los demás, y en particular para las personas de mi entorno.
- No tener dolor o sufrimiento continuado, ya sea físico o mental.
- Tener la compañía de mis seres queridos en mis últimos momentos de vida, si ello es posible.
- Otros valores personales / espirituales que deseo expresar a continuación:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## DECLARACIÓN DE TRES TESTIGOS

**IMPORTANTE:** De los tres testigos firmantes, al menos dos NO deben tener relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad con la persona otorgante, ni tener una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho) con la persona otorgante, ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con la persona otorgante.

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 en un acto único ha firmado el documento en nuestra presencia.**

### PRIMER TESTIGO

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

### SEGUNDO TESTIGO

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

### TERCER TESTIGO

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

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

**NO ES OBLIGATORIO DESIGNAR REPRESENTANTES**, pero resulta muy recomendable, para asegurar que habrá persona/s de su confianza, elegida/s por usted, que velarán por el cumplimiento de sus instrucciones, en caso de que se llegase a la situación de tener que aplicarlas. **Puede nombrar sólo una persona representante, o más de una si así lo desea**. A diferencia de los testigos, todos los representantes pueden tener vínculos familiares o de cualquier otro tipo con la persona otorgante.

**IMPORTANTE: Las personas designadas como REPRESENTANTES NO PUEDEN SER TAMBIÉN TESTIGOS DEL ACTO DE FORMALIZACIÓN.** Tampoco pueden ser representantes: a) el personal habilitado para la gestión del Registro de Instrucciones Previas; b) El personal de las compañías que financien la atención sanitaria de la persona otorgante; c) El personal sanitario que deba aplicar las instrucciones previas al otorgante.

Marque esta casilla si desea **DESIGNAR REPRESENTANTE/S**. En ese caso, sus representantes deberán cumplimentar y firmar el formulario adicional de designación de representantes accesible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/serviciosonline/registro-instrucciones-previas> y deberá adjuntarse dicho formulario adicional junto a su solicitud.

## 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

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

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 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 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> |

## Anexo II.

Solicitud de inscripción de un documento de  
instrucciones previas en el Registro de Instrucciones  
Previas de Castilla y León



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

| 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 UNA 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: .....<br>y es <b>IMPRESCINDIBLE</b> que disponga de certificado electrónico personal (FNMT, DNIE, 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> <p><input type="checkbox"/> Documento de instrucciones previas (firmado por la persona solicitante y, en su caso, por testigos y representantes)</p> <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> <p><input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad<br/> <input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad<br/> <input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad<br/> <input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> |  |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En caso de que desee que la certificación de su inscripción 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:<br>..... |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>SOLICITO</b> la inscripción del <b>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 .....

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 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 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 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.

### Anexo III.

#### Revocación ante tres testigos de un documento de instrucciones previas

# REVOCACIÓN ANTE TRES TESTIGOS DE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo, ..... , nacido/a el día ..... de ..... , con DNI/pasaporte/NIE nº ..... , con domicilio en (dirección completa): ..... , localidad ..... provincia ..... CP ..... ,

Actuando libremente, con plena capacidad de obrar y tras una adecuada reflexión, manifiesto mi deseo de **REVOCAR mi documento de instrucciones previas, dejándolo sin efecto a partir de esta fecha, sin otorgar uno nuevo en su lugar.**

Mi documento de instrucciones a revocar fue formalizado en fecha (DD/MM/AAAA): ...../...../..... y en su día se hizo:

- Ante notario
- Ante personal al servicio de la administración
- Ante tres testigos

## DECLARACIÓN DE TRES TESTIGOS

**IMPORTANTE:** De los tres testigos firmantes, al menos dos NO deben tener relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad con la persona otorgante, ni tener una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho) con la persona otorgante, ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con la persona otorgante.

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 que en un acto único ha firmado este documento de REVOCACIÓN en nuestra presencia.**

### PRIMER TESTIGO

|                                           |           |           |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| D/D <sup>a</sup>                          | DNI/NIE   |           |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra) |           |           |
| Código Postal                             | Localidad | Provincia |

Fdo.:

### SEGUNDO TESTIGO

|                                           |           |           |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| D/D <sup>a</sup>                          | DNI/NIE   |           |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra) |           |           |
| Código Postal                             | Localidad | Provincia |

Fdo.:

### TERCER TESTIGO

|                                           |           |           |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| D/D <sup>a</sup>                          | DNI/NIE   |           |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra) |           |           |
| Código Postal                             | Localidad | Provincia |

Fdo.:

## DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este **documento de REVOCACIÓN, 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.

Y estando conforme con todo lo anterior, ratifico con mi firma que esta es mi voluntad.

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

**Firma**

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

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 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 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 Zorilla, 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> |

Anexo IV.

**Solicitud de inscripción de la revocación de un  
documento de instrucciones previas en el Registro  
de Instrucciones Previas de Castilla y León**

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

| 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 UNA 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, DNIE, 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 DE REVOCACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>En todo caso:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Documento de <b>REVOCACIÓN</b> de instrucciones previas (firmado por la persona solicitante y, en su caso, por testigos)</p> <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> <p><input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> <p><input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> <p><input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> <p><input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> |  |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <p>Si desea que la certificación de su inscripción de <b>REVOCACIÓN</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:</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

| SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>SOLICITO</b> la inscripción de <b>REVOCACIÓN 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** .....

Anexo V  
Documento de instrucciones previas  
formulado ante tres testigos  
que sustituye a un documento anterior

## **DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS FORMULADO ANTE TRES TESTIGOS QUE SUSTITUYE A UN DOCUMENTO ANTERIOR**

Yo, ..... , nacido/a el día ..... de ..... , con DNI/pasaporte/NIE nº ..... con domicilio en (dirección completa): ..... localidad ..... provincia ..... CP .....

Actuando libremente, con plena capacidad de obrar y tras una adecuada reflexión, tomo la decisión de **DEJAR SIN EFECTO MI ANTERIOR DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS** que fue formalizado en fecha (DD/MM/AAAA): ...../...../..... y que fue formulado:

- Ante notario |
- Ante personal de la administración
- Ante tres testigos

**Y SUSTITUIRLO POR EL PRESENTE DOCUMENTO, FORMULADO ANTE TRES TESTIGOS,** que se detalla a continuación.

Con estas instrucciones previas manifiesto anticipadamente **MI VOLUNTAD**, con el objeto de que ésta se cumpla si llegase a una situación futura en la que, **POR PADECIMIENTOS Y LIMITACIONES GRAVES EN MI ESTADO FÍSICO Y/O MENTAL, DE CARÁCTER PERMANENTE E IRREVERSIBLE, YO NO FUERA CAPAZ DE EXPRESAR PERSONALMENTE MIS DECISIONES** acerca de los cuidados y el tratamiento de mi salud que pudiera necesitar, y/o sobre mi fallecimiento, y/o sobre el destino de mis órganos y mi cuerpo tras mi muerte.

Entre los padecimientos y limitaciones que me pueden llevar a esta situación irreversible se incluyen, por ejemplo:

- Estado vegetativo persistente.
- Daño cerebral severo.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular (p.ej. enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, polineuropatías, miopatías) en fase avanzada y con falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Enfermedad de Alzheimer o cualquier otra demencia, con independencia de su origen, cuando se encuentre en fase avanzada.
- Cualquier otra patología o lesión, permanente e irreversible, de similar gravedad a las anteriores.
- Situación terminal, con un pronóstico de tiempo de vida limitado a pocas semanas o meses.
- Las complicaciones irreversibles de la enfermedad que padezco actualmente

de cuya evolución y pronóstico he recibido adecuada información (cumplimentar si procede).

### **INSTRUCCIONES SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS**

Si llegara a encontrarme en alguna de las situaciones definidas anteriormente, **CON CARÁCTER PERMANENTE E IRREVERSIBLE**, de forma constatada por dos médicos, es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud respeten y cumplan mi voluntad, en el sentido que expreso a continuación:

**IMPORTANTE: Lea con atención para evitar señalar opciones que pudieran resultar incompatibles entre ellas. En caso de que NO desee dar instrucciones en algún apartado concreto, o si aún no tiene clara su decisión en ese aspecto, NO marque ninguna opción dentro de ese apartado.**

**A) Decisiones sobre la prolongación de supervivencia si se produce un deterioro de órganos vitales (corazón, pulmón, riñón...) cuya función puede ser reemplazada por máquinas u otras medidas de soporte vital (ventilación artificial, diálisis, maniobras de reanimación cardiaca, etc.):**

- Sí**, quiero que se me apliquen medidas artificiales de soporte vital, y prolongar mi supervivencia hasta donde sea médicaamente posible.
- NO** quiero que se me apliquen medidas artificiales de soporte vital cuando solo tengan como propósito prolongar mi supervivencia, deseo que no se inicien o, en su caso, que se retiren si se hubiesen instaurado antes.

**B) Decisiones sobre otros tratamientos médicos y/o técnicas sanitarias, diagnósticas o terapéuticas, que pudieran ser considerados desproporcionados o extraordinarios. (este apartado NO se refiere a los cuidados paliativos)**

- Sí**, quiero que se me apliquen todos los tratamientos y técnicas sanitarias que pudieran ser considerados médicaamente apropiados en mi atención sanitaria, con el propósito de prolongar mi supervivencia.
- NO** quiero que se me realicen procedimientos invasivos, ni se me administren fluidos intravenosos, ni medicación, ni otros tratamientos complementarios extraordinarios, con el sólo propósito de prolongar mi supervivencia. Deseo únicamente aquellos tratamientos cuya aplicación se indique para aliviar síntomas molestos o dolorosos (p.ej. por una infección urinaria, o por una obstrucción intestinal) con adecuación del esfuerzo terapéutico.

**C) Decisiones sobre la alimentación artificial en caso de pérdida de la capacidad de sorber, tragar o deglutar alimentos sólidos o líquidos.**

- Sí**, quiero que se me administre alimentación artificial por cualquier vía (sonda, gastrostomía, nutrición parenteral, etc.) en el caso de que no fuera capaz de sorber, tragar o deglutar alimentos sólidos o líquidos.
- NO** quiero que me administre alimentación artificial ni forzada por cualquier vía (sonda, gastrostomía, nutrición parenteral, etc.) en el caso de que no fuera capaz de sorber, tragar o deglutar alimentos sólidos o líquidos. En caso necesario, deseo que se me suministren los tratamientos médicos indicados para aliviar y paliar al máximo los síntomas causados por la falta de fluidos o alimentación.

**D) Decisiones sobre los cuidados paliativos (control del dolor y de otros síntomas cuando la enfermedad ya no responde a ningún tratamiento curativo).**

- Sí**, quiero que se me suministren cuidados paliativos, con la atención y cuidados necesarios, incluyendo los fármacos indicados para aliviar y paliar mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico. Deseo que la intensidad de los tratamientos paliativos que se me apliquen sea proporcional a la intensidad de los síntomas que presente, aunque como consecuencia de ello se pudiera producir un acortamiento en mi expectativa de vida en mis últimos días u horas.

- NO** quiero que me suministren cuidados paliativos.

**E) Decisiones sobre la sedación paliativa (disminución deliberada del nivel de conciencia mediante la administración de fármacos, a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles en un plazo de tiempo razonable, o para evitar el sufrimiento en la agonía).**

Nota aclaratoria: no es lo mismo la sedación paliativa (cuya finalidad es disminuir el nivel de conciencia del paciente cuyos síntomas no pueden ser controlados de otra forma) que la eutanasia (cuya finalidad es poner fin a la vida del paciente).

**Sí**, quiero que se me aplique la sedación paliativa.

**NO** quiero que se me aplique la sedación paliativa.

**F) Decisiones sobre la eutanasia (prestación de ayuda para morir) según lo establecido en la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo) y en las que la desarrollen.**

Mi INSTRUCCIÓN en relación con la EUTANASIA es:

(Marcar **SÓLO** si este es su deseo; de lo contrario no es necesario señalar nada)

Quiero que se me facilite la prestación de ayuda para morir si me encuentro en alguno de los supuesto clínicos previstos en la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la ley)

**G) En su caso: otras decisiones sobre mis cuidados y tratamientos, en relación con enfermedades o situaciones sanitarias concretas.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **INSTRUCCIONES SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y DESTINO DEL CUERPO**

Lea con atención para evitar señalar opciones que pudieran resultar incompatibles entre ellas. En caso de que NO desee dar instrucciones en algún apartado concreto, o si aún no tiene clara su decisión en ese aspecto, NO marque ninguna opción dentro de ese apartado.

**H) Decisiones sobre la donación de mis órganos**

Si se produce el fallecimiento, en cuanto a la **donación de órganos**, deseo:

Que se donen todos mis órganos y tejidos válidos para trasplantes.  
 Que se donen todos mis órganos y tejidos válidos para trasplantes, excepto los siguientes:

Que NO se done ninguno de mis órganos para trasplantes.  
 Que se done el cerebro o tejido cerebral con fines de investigación en enfermedades neurológicas.

## I) Decisiones sobre el destino de mi cuerpo

Si se produce el fallecimiento, en cuanto al **destino de mi cuerpo**, deseo:

- Enterramiento.
- Incineración.
- Donación del cuerpo para la investigación y/o docencia

## J) En su caso: otras decisiones a tener en cuenta tras mi fallecimiento.

.....  
.....  
.....  
.....

## VALORES PERSONALES

**Lea con atención para evitar señalar opciones que pudieran resultar incompatibles entre ellas. En caso de que NO desee expresar sus valores, no marque ninguna opción dentro de ese apartado.**

Para facilitar la interpretación de estas instrucciones, quiero dejar constancia de mis **VALORES Y FORMA DE PENSAR**. Para mí resulta **IMPORTANTE**:

- Mantener mi supervivencia todo el tiempo que sea médicaamente posible, aún en ausencia de capacidades físicas e intelectuales.
- Mantener un cierto nivel de calidad de vida y no sólo alargar el tiempo de supervivencia.
- Tener capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- Conservar mi independencia funcional sin que necesite ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, usar el servicio...).
- No suponer una carga para los demás, y en particular para las personas de mi entorno.
- No tener dolor o sufrimiento continuado, ya sea físico o mental.
- Tener la compañía de mis seres queridos en mis últimos momentos de vida, si ello es posible.
- Otros valores personales / espirituales que deseo expresar a continuación:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## DECLARACIÓN DE TRES TESTIGOS

**IMPORTANTE:** De los tres testigos firmantes, al menos dos NO deben tener relación de parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad con la persona otorgante, ni tener una relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones o parejas de hecho) con la persona otorgante, ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con la persona otorgante.

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 en un acto único ha firmado el documento en nuestra presencia.**

### PRIMER TESTIGO

|                                           |           |           |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| D/D <sup>a</sup>                          | DNI/NIE   |           |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra) |           |           |
| Código Postal                             | Localidad | Provincia |

Fdo.:

### SEGUNDO TESTIGO

|                                           |           |           |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| D/D <sup>a</sup>                          | DNI/NIE   |           |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra) |           |           |
| Código Postal                             | Localidad | Provincia |

Fdo.:

### TERCER TESTIGO

|                                           |           |           |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|
| D/D <sup>a</sup>                          | DNI/NIE   |           |
| Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra) |           |           |
| Código Postal                             | Localidad | Provincia |

Fdo.:

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

**NO ES OBLIGATORIO DESIGNAR REPRESENTANTES**, pero resulta muy recomendable, para asegurar que habrá persona/s de su confianza, elegida/s por usted, que velarán por el cumplimiento de sus instrucciones, en caso de que se llegase a la situación de tener que aplicarlas. **Puede nombrar sólo una persona representante, o más de una si así lo desea**. A diferencia de los testigos, todos los representantes pueden tener vínculos familiares o de cualquier otro tipo con la persona otorgante.

**IMPORTANTE: Las personas designadas como REPRESENTANTES NO PUEDEN SER TAMBIÉN TESTIGOS DEL ACTO DE FORMALIZACIÓN.** Tampoco pueden ser representantes: a) el personal habilitado para la gestión del Registro de Instrucciones Previas; b) El personal de las compañías que financien la atención sanitaria de la persona otorgante; c) El personal sanitario que deba aplicar las instrucciones previas al otorgante.

Marque esta casilla si desea **DESIGNAR REPRESENTANTE/S**. En ese caso, sus representantes deberán cumplimentar y firmar el formulario adicional de designación de representantes accesible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/serviciosonline/registro-instrucciones-previas> y **deberá adjuntarse dicho formulario adicional junto a su solicitud.**

## 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 .....  
(Lugar y fecha de formalización)

**Firma**

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

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 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 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> |

## Anexo VI.

Solicitud de inscripción en el Registro de Instrucciones  
Previas de un documento de instrucciones previas que  
sustituye a otro anterior

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

| <b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>     |                   |                        |                        |
|--------------------------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|
| 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            |                        |

| <b>FORMA EN QUE DESEA QUE LE SEA NOTIFICADA LA INSCRIPCIÓN (ELIJA SÓLO UNA OPCIÓN)</b>                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <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, DNIe, etc.) y navegador configurado para sus certificados. <b>Si tiene dudas sobre este requisito, es preferible indicar la OPCIÓN 1.</b> |  |

| <b>DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>En todo caso:</b></p> <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 testigos y representantes)</p> <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> <p><input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> <p><input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> <p><input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> <p><input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad</p> |  |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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:</p> <p>.....</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <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** .....

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 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 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.

## Anexo VII

### Designación de Representantes

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

**NO ES OBLIGATORIO DESIGNAR REPRESENTANTE/S**, pero resulta muy recomendable, para asegurar que habrá persona/s de su confianza, elegida/s por usted, que velarán por el cumplimiento de sus instrucciones, en caso de que se llegase a la situación de tener que aplicarlas. **Puede nombrar sólo una persona representante, o más de una si así lo desea.** A diferencia de los testigos, todos los representantes pueden tener vínculos familiares o de cualquier otro tipo con la persona otorgante.

**IMPORTANTE:** Las personas designadas como **REPRESENTANTES NO PUEDEN SER TAMBIÉN TESTIGOS DEL ACTO DE FORMALIZACIÓN**. Tampoco pueden ser representantes: a) el personal habilitado para la gestión del Registro de Instrucciones Previas; b) El personal de las compañías que financien la atención sanitaria de la persona otorgante; c) El personal sanitario que deba aplicar las instrucciones previas al otorgante.

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>Acepto la designación</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><br><hr/> (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>Acepto la designación</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><br><hr/> (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><br><b>Acepto la designación</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><br><hr/> (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><br><b>Acepto la designación</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><br><hr/> (Nombre y apellidos) |

## INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Responsable</b>           | Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <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 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).                                                  |
| <b>Destinatarios</b>         | 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.                                                                                                                                                                                                                |
| <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 Calidad e Infraestructuras Sanitarias, 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> |

Teléfono: 983 32 80 00 Extensiones: 89219, 89120 y 89338

[www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es)

