



Guía sobre **Instrucciones Previas**  
*para los usuarios*

Actualización año 2024

*Testamento Vital*

Edita:

Junta de Castilla y León<sup>®</sup>  
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 ciudadanos 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 correctamente y sea fruto de un proceso de reflexión acerca de sus preferencias 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 ciudadanos 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 cumplimentación.

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

# Índice

> Introducción.....	5
1. ¿Qué es el documento de instrucciones previas? .....	6
2. ¿Quién puede otorgar un documento de instrucciones previas? .....	6
3. ¿Cómo se otorga un documento de instrucciones previas?.....	6
4. ¿Qué debe contener un documento de instrucciones previas?.....	7
5. ¿Puedo solicitar que se aplique la eutanasia? .....	8
6. Para designar representante en el documento de instrucciones previas ¿qué se debe tener en cuenta?.....	8
7. ¿Existe algún modelo de documento de instrucciones previas? .....	9
8. ¿Qué se debe hacer con un documento de instrucciones previas una vez formalizado?.....	9
9. ¿Se puede sustituir o revocar un documento de instrucciones previas una vez inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?.....	10
10. ¿Qué es el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?.....	10
11. ¿Qué pasos hay que seguir para inscribir un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?	10
12. ¿Cuánto tiempo se custodiará y conservará un documento inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?	11
13. ¿Quién puede acceder a los documentos inscritos en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León? .....	11
Anexo I. Documento de instrucciones previas formalizado ante tres testigos.....	13
Anexo II. Solicitud de inscripción de un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.....	21
Anexo III. Revocación ante tres testigos de un documento de instrucciones previas.....	24
Anexo IV. Solicitud de inscripción de revocación de un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León .....	27
Anexo V. Documento de instrucciones previas formulado ante tres testigos que sustituye a un documento anterior.....	29
Anexo VI. Solicitud de inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de un documento de instrucciones previas que sustituye a otro anterior .....	37
Anexo VII. Designación de Representantes.....	40

# 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, lo que implica, la correlativa obligación de los profesionales de respetar la voluntad de los pacientes así manifestada.

Por ello, es importante que la elaboración de un documento de instrucciones previas sea el resultado de un proceso previo de reflexión de la persona sobre algo tan delicado como el final de la vida y supone realizar una planificación anticipada de cuidados en función de las posibles situaciones clínicas que puedan acontecer. Esto hace que sea aconsejable que este proceso tenga lugar en el marco de la relación médico-paciente.

No obstante, al margen de la ayuda que pueden solicitar a su médico, es necesario que los ciudadanos dispongan de información suficiente para resolver dudas y múltiples cuestiones que se les pueden plantear a la hora de formularlas. Esta Guía se ha hecho pensando en los ciudadanos, potenciales otorgantes de documentos de instrucciones previas, con la intención de dar solución a este tipo de cuestiones.

El formato pregunta-respuesta que se ha utilizado, le da mayor agilidad y sencillez a la hora de encontrar respuesta a dudas puntuales que puedan surgir tanto para la elaboración de un documento de instrucciones previas como para su aplicación.

Además, se han incluido también preguntas y respuestas relativas al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, instrumento creado para que las personas que lo deseen puedan inscribir sus documentos, lo cual sin ser obligatorio sí es lo más recomendable, pues con la inscripción en el Registro se garantiza el conocimiento del contenido del documento inscrito y, por tanto, su inmediata aplicación pues todos los profesionales de medicina y enfermería de Castilla y León van a tener acceso a él.

## 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 equipo sanitario 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. ¿Cómo se otorga o formaliza un documento de instrucciones previas?

Para que las instrucciones previas sean válidas deben constar en documento escrito y formalizarse mediante alguno de los siguientes procedimientos:

- **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.
- **Ante tres testigos**. Para emplear este procedimiento de formalización es necesario contar con tres personas de las que al menos 2 no tengan con el otorgante relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad (por ejemplo, que no sean ni sus padres, ni sus hijos, ni sus abuelos/as, ni sus nietos/as), ni por afinidad (por ejemplo, que no sean sus suegros/as o sus cuñados/as), o relación de afectividad análoga al matrimonio (uniones de hecho), ni estén vinculados con él por relación patrimonial u otro vínculo obligacional (por ejemplo, que no estén empleados a su servicio).

Estos tres testigos deben ser mayores de edad (tener 18 años cumplidos) y tener capacidad de obrar y, además, deben asegurarse de que el otorgante conoce el contenido del documento y es consciente de su alcance.

- **Ante el personal al servicio de la Administración**. Podrá hacerse ante el personal designado al efecto por el Consejero de Sanidad, siempre que se haya solicitado cita previa llamando a los teléfonos publicados en el Portal de salud en el siguiente enlace o solicitar cita en su centro de salud.

<https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/serviciosonline/registro-instrucciones-previas>

Para más información puede consultar al teléfono del Registro de Instrucciones Previas

**983 328 000 Ext: 89219/89120/89338**

Pero además, en el caso de que el otorgante sea una persona impedida por enfermedad o discapacidad para desplazarse por medio de transporte ordinario, acreditada mediante informe médico, el mencionado personal podrá desplazarse a su domicilio o a su centro sanitario, siempre que así se solicite, para formalizar el documento.

## 4. ¿Qué debe contener un documento de instrucciones previas?

### a) Los datos de identificación del otorgante y, en su caso, de los testigos

- En el caso del otorgante: su nombre y dos apellidos, la fecha de nacimiento, la dirección postal completa actual a efectos de notificación, el número de D.N.I, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad.
- En el caso de los testigos, cuando éste sea el procedimiento de formalización elegido por el otorgante: el nombre y los apellidos de los tres testigos, el número del D.N.I, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad y su dirección completa además de las siguientes declaraciones de testigos y del otorgante:
  - Los testigos deberán declarar que son mayores de edad, que tienen plena capacidad de obrar y que, a su juicio, el otorgante, es capaz, actúa libremente y que en un acto único ha firmado el documento en su presencia. (ver modelo en el anexo I).
  - El otorgante deberá declarar que al menos dos de los testigos no tienen con él ningún tipo de relación según lo previsto en el apartado tercero de esta guía. (ver modelo en el anexo I)

### b) La declaración de instrucciones previas

- La declaración es libre pero siempre deberá contener alguna de las siguientes previsiones:
  1. Instrucciones sobre los cuidados y el tratamiento de la salud, así como las situaciones sanitarias a las que se refieren dichas instrucciones. Por ejemplo, que no se apliquen medidas para alargar artificialmente la vida cuando se dé una situación de daño cerebral irreversible o, por el contrario, que se aplique todo lo necesario para prolongar la vida.
  2. El destino del cuerpo o de los órganos una vez llegado el fallecimiento. En relación con esta previsión puede expresar, por ejemplo, si se desea donarlos o no, si se quiere que se usen con fines de investigación o, también, cómo se desea que sean las exequias.
- Además de lo señalado en el apartado anterior, es conveniente que el documento contenga:
  1. Los objetivos vitales y valores personales del otorgante, por ejemplo, cuáles son sus creencias o su manera personal de entender la vida y el proceso de la muerte, con el fin de que estos objetivos y valores ayuden a la interpretación de las previsiones contenidas en el documento y que faciliten a los profesionales la toma de decisiones.
  2. La designación de una o más personas que se deseé que actúen como representantes, es decir, como interlocutores con el personal sanitario para que ayuden a interpretar la voluntad del otorgante expresada en el documento.

### c) Otros datos que deben constar de forma obligatoria

- El lugar y la fecha de formalización del documento.
- La firma del otorgante.
- Si se hubiera formalizado ante testigos, la firma de los tres testigos.

Es importante que el documento reúna los requisitos legales, con el fin de que sea válido y pueda ser aplicado.

## 5. ¿Puedo solicitar que se aplique la eutanasia?

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 mediante el documento de instrucciones previas o testamento vital, para que el facultativo responsable de su asistencia sanitaria conozca su deseo cuando se esté en una situación de incapacidad de hecho, en la que se carece 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.

## 6. Para designar representante en el documento de instrucciones previas ¿qué se debe tener en cuenta?

Es recomendable designar un representante o varios, dado el importante papel que desempeña esta figura, pues su designación se hace para que actúen como interlocutores con el médico o equipo sanitario ayudando a la interpretación de la voluntad que el otorgante haya manifestado en el documento de instrucciones previas.

### Respecto al representante es importante saber

- Que en el documento de instrucciones previas deberá indicarse su nombre y dos apellidos, el número del D.N.I, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad, la dirección y el número de teléfono.
- Que se deberá designar a una persona que sea mayor de edad y que no esté incapacitada para ello.
- Que es conveniente que sea una persona cercana al otorgante y que conozca su voluntad y valores personales que le han llevado a redactar el documento.

- Que es aconsejable que participe en el proceso previo de deliberación y reflexión del otorgante, pues ello le permitirá conocer mejor el alcance de la declaración.
- Que debe existir constancia de que el representante acepta la representación, que no va a contradecir el contenido del documento y que debe actuar siguiendo los criterios e instrucciones expresadas en él.
- Que por el papel que desempeña, es preciso evitar cualquier conflicto de intereses para garantizar que las decisiones se tomarán únicamente en interés del paciente. Es por ello por lo que el representante no podrá ser:
  - Las personas ante las que se formalizó el documento de instrucciones previas, ya sea el notario, el personal de la Administración o cualquiera de las personas que hubieran actuado como testigos del acto de formalización.
  - El personal habilitado para la gestión del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
  - El personal de las compañías que financien la atención sanitaria de la persona otorgante.
  - El personal sanitario que debe aplicar las instrucciones previas.
- Que, si se designasen varios representantes, se debe indicar en el documento de instrucciones previas, cuál será el orden de prioridad entre ellos para que el médico lo tenga en cuenta a la hora de aplicar las instrucciones previas.
- Hoja de designación de representantes anexo VII

## 7. ¿Existe algún modelo de documento de instrucciones previas?

Se propone un modelo orientativo de documento de instrucciones previas que se puede utilizar si se desea. Este modelo se ha incorporado en un anexo de esta guía y también se puede descargar en el Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León ([www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es)) en sede electrónica o solicitarlo en las Unidad Habilitada del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León de su área de salud.

La utilización de este modelo no es obligatoria, por lo que, siempre que se recoja el contenido expresado anteriormente, se podrá utilizar cualquier otro modelo de entre los que existen o utilizar un documento propio. No obstante, es recomendable que sea cual sea la fórmula escogida procure personalizarse adaptándolo lo más posible a la situación personal del otorgante, a sus deseos, a sus valores y que éste sea fruto de un proceso previo de reflexión y comunicación con el médico.

## 8. ¿Qué se debe hacer con un documento de instrucciones previas una vez formalizado?

Pese a que la inscripción no es obligatoria, se recomienda que se solicite su inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, porque éste permite que los médicos accedan al documento de forma más fácil y rápida y lo apliquen en el momento en que sea necesario. En el punto 11 de esta Guía encontrará cómo debe actuar para inscribir su documento en el Registro de Instrucciones Previas.

Si no se desea inscribir el documento en el Registro de Instrucciones Previas es aconsejable, que una vez formalizado, se dé a conocer por el paciente al médico responsable de su

asistencia y al centro sanitario en el que habitualmente le atienden, para que lo incorporen a su historia clínica.

En cualquier caso, es conveniente guardar una copia que podrá estar en poder del otorgante, de sus familiares o de su representante.

## 9. ¿Se puede sustituir o revocar un documento de instrucciones previas una vez inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?

En cualquier momento el documento de instrucciones previas se podrá revocar, dejándolo sin efecto, o sustituirlo por otro documento, siempre que en ambos casos se haga constar por escrito. En esta Guía puede consultar los correspondientes modelos orientativos: en el anexo III (formulario de revocación) y en el anexo V (Formulario de sustitución)

La formalización de un documento de instrucciones previas que sustituya o revoque otro anterior deberá hacerse siguiendo los mismos trámites y requisitos exigidos para la formalización del primer documento y es recomendable que si el documento se inscribió en el Registro, se inscriba también la revocación o la sustitución (Anexos IV y VI)

## 10. ¿Qué es el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?

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

- Inscribir los documentos de instrucciones previas cuando así haya sido solicitado por sus otorgantes, así como los documentos de sustitución o revocación
- Custodiarlos una vez inscritos.
- Darlos a conocer a los médicos y enfermeras que, llegado el momento, deban aplicarlos.

El Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León estará conectado a la historia clínica electrónica de los hospitales y de Atención Primaria del Sistema público de Castilla y León. Además, este registro también estará conectado con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, lo que posibilita que cualquier documento inscrito en el Registro de Castilla y León pueda ser conocido por los médicos que, llegado el caso, deban aplicarlo, con independencia del lugar de España en el que esté recibiendo la asistencia el paciente que lo otorgó.

Si el otorgante no registra el documento, recae sobre él la obligación de ponerlo en conocimiento de los profesionales.

## 11. ¿Qué pasos hay que seguir para inscribir un documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?

La inscripción del documento de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León se hará previa solicitud por escrito conforme al modelo que se recoge como anexo a esta guía. Dicha solicitud se puede presentar en el registro de la Consejería de Sanidad o en cualquiera de los lugares previstos en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del

Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, como, por ejemplo, en las oficinas de correos o en el registro de las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León, Ayuntamientos o Diputaciones, en el caso de formalización ante tres testigos se podrá solicitar la inscripción en sede electrónica.

Junto a la solicitud deberá presentarse la siguiente documentación:

1. Si se ha formalizado ante testigos:
  - El documento que se pretenda inscribir (original o copia auténtica).
  - Fotocopia del D.N.I, N.I.E., pasaporte u otro documento válido para acreditar la identidad del otorgante **únicamente si se opone expresamente** a que la Administración Pública realice la verificación de los datos de identificación mediante los sistemas electrónicos habilitados al efecto
  - Fotocopia del D.N.I, N.I.E., pasaporte u otro documento válido para acreditar la identidad de los testigos **sólo si éstos se oponen expresamente** a que la Administración Pública realice la verificación de los datos de identificación del de cada uno de los testigos mediante los sistemas electrónicos habilitados al efecto
  - Hoja de designación de representantes (anexo VII)
2. En el caso de que se hubiera formalizado ante notario o ante personal al servicio de la Administración, ellos mismos enviarán telemáticamente el documento al Registro, siempre que así se solicite en el momento de la formalización, sin necesidad de tener que realizar ningún otro trámite

Si se optara por solicitar la inscripción del documento en un momento posterior a la formalización ante notario o ante personal de la Administración, sólo será necesario adjuntar a la solicitud de inscripción el original o copia auténtica del documento de instrucciones previas que se quiera inscribir y la hoja de designación de representantes.

Para más información se podrá contactar con el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León sito en Valladolid, en la Consejería de Sanidad, Paseo de Zorrilla, 1, código postal 47007

## 12. ¿Cuánto tiempo se custodiará y conservará un documento inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?

Los documentos de instrucciones previas que hayan sido inscritos en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León se custodiarán y conservarán hasta que sean revocados por la persona que los formuló o hasta que hayan transcurrido cinco años desde su fallecimiento.

## 13. ¿Quién puede acceder a los documentos inscritos en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León?

Tendrán acceso al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León para consultar el contenido de un documento en él inscrito:

1. La persona que formuló las instrucciones previas contenidas en dicho documento, su representante o representantes designados en él, en cualquier momento bien presencialmente o mediante el empleo del correspondiente certificado digital.
2. El médico y la enfermera que se encuentre prestando asistencia a la persona que lo formuló, cuando sea necesario y exclusivamente en aquellas situaciones en las que se deban tomar decisiones clínicas y el paciente se encuentre imposibilitado para expresar su voluntad.

Todos estos accesos se harán por medios telemáticos seguros que garantizan la confidencialidad de los datos y la identificación del profesional que solicita la información, así como de la información solicitada.

Si quien accede al Registro no cumple con las condiciones anteriormente expuestas, incurrirá en las responsabilidades legales y disciplinarias correspondientes.

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 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 desarrolle.**

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 TAMBÍEN 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**

<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>	
<b>En todo caso:</b> <input type="checkbox"/> Documento de instrucciones previas (firmado por la persona solicitante y, en su caso, por testigos y representantes)	
<b>Sólo en caso de que alguna de las siguientes personas se oponga expresamente a que la Administración obtenga los siguientes documentos,</b> 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):	
<input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad	
<small>De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos señalados en el artículo 10 del DECRETO 23/2024, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, podrá solicitar al interesado su presentación.</small>	

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: .....
---

<b>SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS</b>	
<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	Fdo.:	
Domicilio (Calle, nº portal, piso, letra)			
Código Postal	Localidad		Provincia

### **SEGUNDO TESTIGO**

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

### **TERCER TESTIGO**

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

## 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)

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 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>

**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>IMPRESINDIBLE</b> que disponga de certificado electrónico personal (FNMT, DNle, etc.) y navegador configurado para sus certificados. Si tiene dudas sobre este requisito, es preferible indicar la <b>OPCIÓN 1</b> .	

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD DE REVOCACIÓN	
<b>En todo caso:</b> <input type="checkbox"/> Documento de <b>REVOCACIÓN</b> de instrucciones previas (firmado por la persona solicitante y, en su caso, por testigos)	
<b>Sólo</b> 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):	
<input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad	
<small>De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos señalados en el artículo 10 del DECRETO 23/2024, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, podrá solicitar al interesado su presentación.</small>	

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: .....
--

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 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>	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 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>

**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>			
<b>Nombre</b>	<b>1º Apellido</b>	<b>2º Apellido</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>DNI/NIE/Pasaporte</b>	<b>Teléfono de contacto 1</b>	<b>Teléfono de contacto 2</b>
<b>Dirección (vía, portal, escalera, piso...)</b>			
<b>Localidad</b>	<b>Provincia</b>	<b>Cód. postal</b>	

<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, DNle, etc.) y navegador configurado para sus certificados. Si tiene dudas sobre este requisito, es preferible indicar la <b>OPCIÓN 1</b> .	

<b>DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD</b>	
<b>En todo caso:</b> <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)	
<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>	
<input type="checkbox"/> Otorgante: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 1º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 2º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad <input type="checkbox"/> 3º Testigo: Fotocopia DNI/NIE u otro documento acreditativo de la identidad	
<small>De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos señalados en el artículo 10 del DECRETO 23/2024, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de formalización de instrucciones previas en el ámbito sanitario y la organización y el funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León, podrá solicitar al interesado su presentación.</small>	

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: <small>.....</small>
---

<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>	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>

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>  (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>  (Nombre y apellidos)

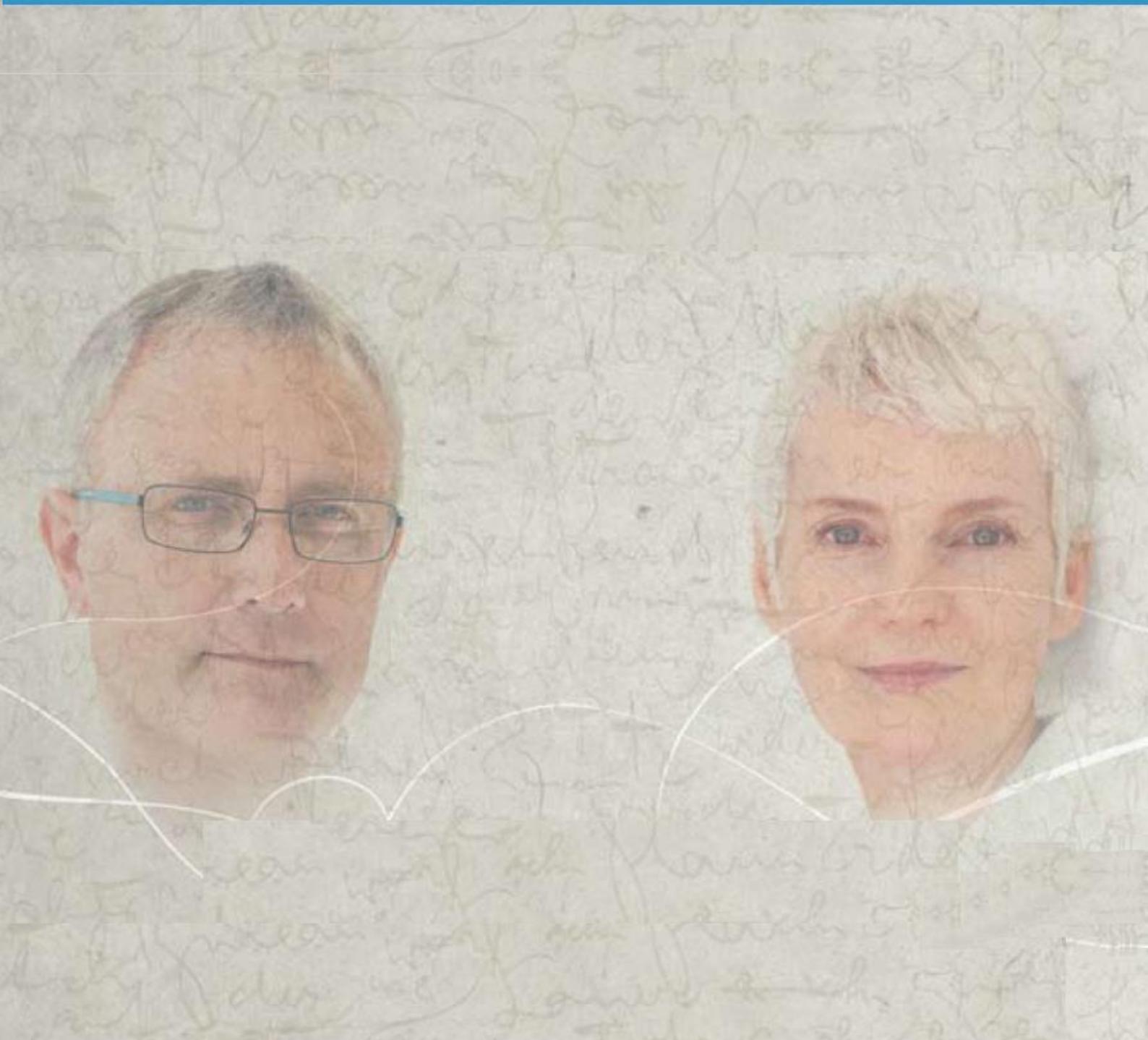
## TERCER REPRESENTANTE

D/D <sup>a</sup>	DNI/NIE		
Fecha de Nacimiento:	Teléfonos de contacto		
Domicilio			
Localidad	Provincia	C.P.	
<b>Aceptación de la representación</b> <u>Acepto la designación</u> 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> <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> <u>Acepto la designación</u> 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> <hr/> (Nombre y apellidos)

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



## REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN

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

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