

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

DATOS PERSONALES DEL OTORGANTE		
Nombre y apellidos		
Nº del D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad	Fecha de nacimiento	Centro sanitario al que desea remitir el documento para su incorporación a la historia clínica
Domicilio		
Teléfono		Correo electrónico
Localidad	Provincia	Código Postal

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A ESTA SOLICITUD
<input type="checkbox"/> Documento de Instrucciones Previas
<input type="checkbox"/> Copia compulsada del DNI, NIE o pasaporte del otorgante
<input type="checkbox"/> Copia compulsada del DNI, NIE o pasaporte de los testigos

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Solicito</i> la inscripción del documento de instrucciones previas, que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. - <i>Autorizo</i> la cesión de los datos que se contengan en el documento citado al personal sanitario responsable de mi proceso y al Registro nacional de instrucciones previas. <p style="text-align: center;">En _____, a ___ de _____ de</p> <p style="text-align: center;">El solicitante</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>
<p>REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION, CALIDAD, ORDENACION Y FORMACION - CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>

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

DATOS PERSONALES DEL OTORGANTE		
Nombre y apellidos		
Nº del D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad	Fecha de nacimiento	Centro sanitario al que desea remitir el documento para su incorporación a la historia clínica
Domicilio		
Teléfono		Correo electrónico
Localidad	Provincia	Código Postal

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A ESTA SOLICITUD
<input type="checkbox"/> Documento de Instrucciones Previas
<input type="checkbox"/> Copia compulsada del DNI, NIE o pasaporte del otorgante
<input type="checkbox"/> Copia compulsada del DNI, NIE o pasaporte de los testigos

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Solicito</i> la inscripción del documento de instrucciones previas, que se adjunta a esta solicitud, en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. - <i>Autorizo</i> la cesión de los datos que se contengan en el documento citado al personal sanitario responsable de mi proceso y al Registro nacional de instrucciones previas. <p style="text-align: center;">En _____, a ___ de _____ de</p> <p style="text-align: center;">El solicitante</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>
<p>REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE CASTILLA Y LEÓN DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION, CALIDAD, ORDENACION Y FORMACION - CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

En virtud de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y documentación clínica, y del artículo 30 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud,

Yo, _____, mayor de edad,

Nombre y apellidos

con D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de Residencia núm. _____, según se acredita

mediante la copia compulsada adjunta, con domicilio en _____

de la localidad de _____ C.P. _____ provincia de _____,

con número de teléfono _____ y _____.

Sexo: _____ N.º Tarjeta Sanitaria o código de identificación personal _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Con capacidad de obrar y actuando libremente, habiendo recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente, tomo la decisión de expresar a través del presente documento las siguientes instrucciones previas respecto a cuidados y tratamiento, que deseo sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si llegara a encontrarme en una situación en la que no pueda manifestar mi voluntad, así como, una vez llegado el fallecimiento, sobre la donación de órganos y tejidos y sobre el destino de mi cuerpo.

DECLARO:

Que formulo estas instrucciones previas con plena convicción moral y amparado por la legislación vigente. Soy testigo de Jehová, y obedezco el mandato bíblico de "abstenerse de sangre" (Hechos 15:28, 29). Esta es mi firme convicción religiosa, adoptada libremente y de acuerdo con mi conciencia.

Que estas instrucciones previas expresan mi decisión informada sobre el tratamiento médico que deseo en toda situación sanitaria. Informado de los peligros y riesgos implícitos de las transfusiones de sangre y hemoderivados, he decidido evitarlos y asumir los riesgos que pudieran derivarse de mi elección de tratamientos alternativos no sanguíneos.

DISPONGO que no se me administren en ningún caso transfusiones de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo, aunque los médicos las consideren necesarias para la conservación de mi vida o de mi salud. Sin embargo, acepto expansores no sanguíneos del volumen plasmático, y todo tratamiento médico que no implique el uso de sangre.

En relación con las fracciones menores de componentes sanguíneos, dispongo que (marcar lo que proceda)

LAS ACEPTO

LAS RECHAZO

ACEPTO TAN SOLO LAS SIGUIENTES (especificar): _____

En relación con los procedimientos médicos que impliquen el uso de mi propia sangre, excepto su almacenamiento para uso posterior, dispongo que (marcar lo que proceda):

- LOS ACEPTO
- LOS RECHAZO
- ACEPTO TAN SOLO LOS SIGUIENTES (especificar): _____
- _____
- _____

OTRAS INSTRUCCIONES para aquellos procesos asistenciales que cursen con un pronóstico irreversible o en fase terminal (marcar las que se desean):

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil, que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren si ya han comenzado a aplicarse.
- Deseo que se me proporcionen los tratamientos paliativos necesarios para aliviar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.
- Rechazo recibir medicación o tratamientos complementarios extraordinarios y la realización de procedimientos diagnósticos adicionales, si por la evolución de mi enfermedad no van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.
- Deseo donar mis órganos y tejidos para ser transplantados a otra persona.
- Deseo ser incinerado/a.
- _____
- _____
- _____

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE:

(Ninguno de ellos debe actuar como testigo del otorgamiento)

En caso de pérdida total ó parcial, persistente ó pasajera, de mis facultades de decisión **otorgo mi representación** a la persona identificada a continuación. La persona designada como mi representante realizará en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones que constan en este documento, así como para velar por la aplicación de su contenido. Esta persona deberá ser considerada como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garante de mi voluntad.

D./Dña. _____, D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de Residencia _____
mayor de edad, con domicilio en _____ C.P. _____
de la localidad de _____ Teléfono/s _____

En caso de renuncia, indisponibilidad, incapacidad o fallecimiento de mi representante, designo como **representante sustituto** a:

D./Dña. _____, D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de Residencia _____
mayor de edad, con domicilio en _____ C.P. _____
de la localidad de _____ Teléfono/s _____

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Los abajo firmantes, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, declaramos que la persona otorgante de este documento de instrucciones previas lo ha firmado en nuestra presencia y lo ha hecho plenamente consciente, capaz y de forma libre, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción o limitación en su decisión.

Asimismo, los abajo firmantes declaramos no mantener ningún tipo de parentesco o vínculo patrimonial con la persona que otorga este documento, que es mayor de edad y que no nos consta que esté incapacitada judicialmente. Firmamos ante la presencia del otorgante.

Testigo 1

Nombre y apellidos _____, mayor de edad,

D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de residencia núm. _____ (Se adjunta copia compulsada).

Firma del primer testigo

Testigo 2

Nombre y apellidos _____, mayor de edad,

D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de residencia núm. _____ (Se adjunta copia compulsada).

Firma del segundo testigo

Testigo 3

Nombre y apellidos _____, mayor de edad,

D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de residencia núm. _____ (Se adjunta copia compulsada).

Firma del tercer testigo

Como otorgante del presente Documento de Instrucciones Previas **DECLARO** que ninguno de los testigos ante los cuales lo formalizo está ligado conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial u otro vínculo obligacional.

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

Firma del otorgante

En _____, a _____ de _____ de 20____