



Dirección General de Humanización
y Atención al Paciente
CONSEJERÍA DE SANIDAD

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo,, con DNI ¹,
nacido el día de de y, por lo tanto, mayor de edad,
con domicilio en
....., Localidad,
Provincia, C. Postal, Nacionalidad,
Teléfono 1:, Teléfono 2:

MANIFIESTO :

Que tengo CAPACIDAD DE OBRAR Y QUE ACTÚO LIBREMENTE, que he recibido suficiente información y que, tras haber reflexionado serena y cuidadosamente, tomo la decisión de expresar, a través de este *Documento*, las siguientes instrucciones previas que manifiestan MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo a la Ley 3/2005 de la Comunidad de Madrid, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente y normativa concordante.
Deseo que las siguientes instrucciones previas sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llegara a encontrar EN SITUACIÓN DE NO PODER EXPRESAR MI VOLUNTAD por mi grave deterioro físico o psíquico, para lo cual

¹ Se acompañará fotocopia de los DNI del interesado y demás personas que figuran en este *Documento*. Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.

DECLARO:

QUE QUIERO SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

(Señale los que se correspondan con su proyecto vital)

- La capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico o psíquico o angustia intensa e invalidante.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal.

SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO

(Señale las que desea se tengan en cuenta)

- Enfermedad incurable avanzada** (Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo).
- Enfermedad terminal** (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía** (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).

INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA.

(Señale las que desea)

- 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 necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.
- Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.
- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.
- Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

(Señale las que desea)

- Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite.
- Deseo donar mis órganos para la investigación.
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo.
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.

OTRAS INSTRUCCIONES

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Deseo designar representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atienda, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad personalmente. Si hubiera duda en la interpretación de mi proyecto vital o de mis valores sobre calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión del mismo. Para ello, designo a:

D/D^a, con DNI¹, nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en
Localidad, Provincia, C.Postal
Teléfono 1:, Teléfono 2:, C. Electrónico:

Dicho representante participará, en caso de duda, en la interpretación de mis deseos, junto al equipo sanitario, siempre que no se contradiga con las instrucciones previas otorgadas por mí en este *Documento*.

Su representación tendrá las siguientes limitaciones (especifíquense, si se desea):

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

En caso de imposibilidad, fallecimiento o renuncia de mi representante interlocutor, designo como sustituto a:

D/D^a, con DNI¹, nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en
Localidad, Provincia, C.Postal
Teléfono 1:, Teléfono 2:, C. Electrónico:

DECLARACIÓN SOBRE MI INFORMACIÓN

1. Estoy informado de que en cualquier momento puedo modificar, sustituir o revocar el actual *Documento de Declaración de Instrucciones Previas*.
2. Estoy informado de que, según lo establecido en el Artículo 11 de la Ley 3/2005, los PROFESIONALES SANITARIOS NO PODRÁN APLICAR cualquier instrucción previa contenida en este *Documento* cuando:
 1. Sea contraria al ordenamiento jurídico.
 2. No se ajuste a la *lex artis*, es decir a las buenas prácticas médicas, según el estado de la ciencia en el momento de la aplicación de dichas instrucciones previas.
 3. No se correspondan con el supuesto de hecho, esto es con las situaciones clínicas que he manifestado.
3. Estoy informado de que los datos contenidos en este Documento son confidenciales, y cumplen las medidas recogidas en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. Serán cedidos al Registro de Instrucciones Previas del Sistema Nacional de Salud y a los profesionales u organismos encargados del cumplimiento de las voluntades aquí expresadas.

En, a de de 20

Firma y rúbrica:²

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.

² Este documento deberá ir firmado y rubricado por el otorgante al final y en todas y cada una de sus hojas.

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE		
Apellidos:	Nombre:	DNI: ¹ Nº CIP:
Domicilio:	Fecha Nacimiento: Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Teléfono 1: Teléfono 2:
Localidad:	Provincia: Nacionalidad:	C. Postal:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

<input type="checkbox"/> Declaración de IIPP <input type="checkbox"/> Solicitud de inscripción en Registro <input type="checkbox"/> Declaración notarial de IIPP <input type="checkbox"/> Acreditación de identidad de otorgante	<input type="checkbox"/> Aceptación del representante <input type="checkbox"/> Aceptación del representante sustituto <input type="checkbox"/> Acreditación de la identidad del representante <input type="checkbox"/> Acreditación de la identidad del representante sustituto
<input type="checkbox"/> Declaración de los testigos <input type="checkbox"/> Acreditación de la identidad de los testigos <input type="checkbox"/> Veracidad de los datos sobre los testigos <input type="checkbox"/> Acreditación de la capacidad del otorgante	<input type="checkbox"/> Documento de Sustitución de IIPP <input type="checkbox"/> Documento de Modificación de IIPP <input type="checkbox"/> Documento de Revocación de IIPP <input type="checkbox"/> Documento de Renuncia del Representante

SOLICITUD, DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

SOLICITO la inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid del *Documento para la Declaración de Instrucciones Previas* que se adjunta, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, y normativa de desarrollo, por la que se regula el citado Registro, cuyo contenido será transmitido al Registro de Instrucciones Previas que se establezca en el Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento de la normativa vigente.

DECLARO bajo mi responsabilidad, que todos los datos que figuran en la presente solicitud de *inscripción de Instrucciones Previas* y en el *Documento de Declaración* firmado por mí son ciertos.

ESTOY INFORMADO de los términos que establece la Ley Orgánica 3/2018. De 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales

En Madrid, a de de 20

EL SOLICITANTE

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

....., funcionario encargado del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, de conformidad con lo previsto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, y normativa de desarrollo, se tiene por presentado este documento para su inscripción en el citado Registro.

En Madrid, a de de 20

EL FUNCIONARIO ENCARGADO DEL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Sr./Sra Encargado del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(a cumplimentar sólo en caso de formalización ante testigos):

Nombre y apellidos del otorgante:

DNI:¹

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el *Documento de Instrucciones Previas* no están ligados conmigo por razón de parentesco hasta el segundo grado ni están vinculados conmigo por matrimonio, unión libre o pareja de hecho -en la forma establecida legalmente-, ni por relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional alguno, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.

Madrid, a de de 20

Firma y rúbrica (del otorgante)

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o NIE.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

A cumplimentar sólo cuando el presente Documento se otorgue en su modalidad de declaración ante testigos. No olvidar nunca adjuntar copia de los DNI/Pasaportes/NIE de los 3 testigos junto al Documento de Declaración de Instrucciones Previas¹

Los abajo firmantes conocen o les ha sido acreditada la personalidad de otorgante y

DECLARAN que al firmar en nuestra presencia el Documento de Instrucciones Previas lo ha hecho de forma consciente y, hasta donde nos es posible apreciar, de forma voluntaria, sin que hayamos podido detectar ningún tipo de coacción en su decisión y sin que nos conste que haya sido incapacitado judicialmente.

Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo declaramos que NO mantenemos relación de parentesco hasta el segundo grado ni estamos vinculados con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho -en la forma establecida legalmente-, ni relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligacional con el otorgante.

Los firmantes nos comprometemos a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Testigo Primero

D/D^a, con DNI², nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con capacidad de obrar, con
domicilio en, Localidad,
Provincia, C.Postal, Teléfono,
Relación con el otorgante,
En, a de de

Firma y rúbrica:

Testigo Segundo

D/D^a, con DNI², nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con capacidad de obrar, con
domicilio en, Localidad,
Provincia, C.Postal, Teléfono,
Relación con el otorgante,
En, a de de

Firma y rúbrica:

Testigo Tercero

D/D^a, con DNI², nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con capacidad de obrar, con
domicilio en, Localidad,
Provincia, C.Postal, Teléfono,
Relación con el otorgante,
En, a de de

Firma y rúbrica:

¹ Ninguno de los testigos podrá coincidir con el representante interlocutor del otorgante o su sustituto (Véase el folleto informativo sobre instrucciones previas).

² Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR

D/D^a , con DNI , nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en
Localidad , Provincia , C.Postal
Teléfono 1: , Teléfono 2: , C. Electrónico:

ACEPTO REPRESENTAR A:

D/D^a , con DNI¹ , nacido el día
de de , a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones
Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el
ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro
correspondiente, así como en su desarrollo reglamentario posterior.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la persona a la
cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien
represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado
previamente este Documento.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la
legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Madrid, a de de 20.....

Firma y rúbrica (del representante):

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR SUSTITUTO

D/D^a , con DNI , nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en
Localidad , Provincia , C.Postal
Teléfono 1: , Teléfono 2: , C. Electrónico:

ACEPTO REPRESENTAR DE FORMA SUSTITUTORIA A:

D/D^a , con DNI¹ , nacido el día
de de , a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones
Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el
ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro
correspondiente, así como en su desarrollo reglamentario posterior.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la persona a la
cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien
represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado
previamente este Documento.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la
legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Madrid, a de de 20.....

Firma y rúbrica (del representante sustituto):

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE



DECLARACIÓN DE RENUNCIA DEL REPRESENTANTE INTERLOCUTOR

D./D^a, con DNI¹, nacido el día
de de y, por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en,
Localidad, Provincia, C.Postal,
Teléfono 1:, C. Electrónico:, tomo la decisión de expresar
documentalmente mi deseo de RENUNCIAR a mi condición de Representante Interlocutor que en su día
acepté, a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones Previas que
D./D^a, con DNI¹
otorgó con fecha de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo,
la que regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el
registro correspondiente.

Madrid, a de de 20 ...

Firma y rúbrica:

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LA REVOCACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo, D/D^a, con DNI¹,
nacido el día de de y, por lo tanto, mayor de edad, con
domicilio en, Localidad,
Provincia, C. Postal, Teléfono,
con capacidad para tomar decisiones de manera libre y con la información y reflexión suficiente, tomo la
decisión de expresar documentalmente mi deseo de DEJAR SIN EFECTO el *Documento de Instrucciones
Previas* que otorgué en el día de de 20
Madrid, a de de 20

El solicitante:

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LA SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo, D/D^a, con DNI¹,
nacido el día de de y, por lo tanto, mayor de edad, con
domicilio en, Localidad,
Provincia, C. Postal, Teléfono,
con capacidad para tomar decisiones de manera libre y con la información y reflexión suficiente, tomo la
decisión de expresar documentalmente mi deseo de SUSTITUIR el *Documento de Instrucciones Previas*
que otorgué en el día de de 20
POR EL QUE SE OTORGA EN ESTE MOMENTO.
Madrid, a de de 20

El solicitante:

1

Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo, D/D^a , con DNI¹ ,
nacido el día de de y, por lo tanto, mayor de edad, con
domicilio en , Localidad ,
Provincia , C. Postal , Teléfono ,
con capacidad para tomar decisiones de manera libre y con la información y reflexión suficiente, tomo la
decisión de expresar documentalmente mi deseo de MODIFICAR el *Documento de Instrucciones Previas*
que otorgué en el día de de 20
DEBIENDO QUEDAR CORREGIDO COMO CONSTA EN EL *DOCUMENTO* ADJUNTO.
Madrid, a de de 20..... .

El solicitante:

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE

NORMAS DE INFORMACIÓN GENERAL

1. Los solicitantes extranjeros deberán indicar el número de pasaporte o el NIE.
2. Los datos relacionados con el domicilio serán los referentes de su domicilio habitual.

MODIFICACIÓN, SUSTITUCIÓN Y REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INSTRUCCIONES PREVIAS

La ley 3/2005, de 23 de mayo, en su Artículo 7, establece que el *Documento de Instrucciones Previas* podrá ser modificado, sustituido o revocado en cualquier momento por el otorgante, dejando constancia por escrito, siempre que conserve la capacidad, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 4 de esta Ley y mediante los procedimientos previstos en el Artículo 5.2 de la misma.

PROTECCIÓN DE DATOS

Le informamos que sus datos personales serán incorporados y tratados en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, cuya finalidad es inscribir la solicitud del otorgante, las instrucciones previas, así como su modificación, sustitución o revocación cuando se cumplan los requisitos establecidos. Este fichero está recogido en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Comunidad de Madrid (<https://www.comunidad.madrid/gobierno/informacion-juridica-legislacion/proteccion-datos>)

La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el artículo 6.1.c) de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Serán conservados de forma indefinida mientras no solicite su supresión, ejercite su derecho de oposición o durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente.

El Responsable del tratamiento es la Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad, cuyo Delegado de Protección de Datos es el Comité Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, domiciliado en la calle Melchor Fernández Almagro, nº1 28029 Madrid. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y derecho a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de datos, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en calle Aduana 29, 28013- Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante el Delegado de Protección de Datos y ante la Agencia Española de Protección de Datos.