

# TESTAMENTO VITAL

## Instrucciones para cumplimentar el documento de Instrucciones Previas

(De conformidad con la norma del Decreto 30/2007 de 22 de marzo)

1. Cumplimente todos los datos **en mayúsculas** o letra de imprenta, claramente legible, de preferencia en **tinta de color azul**.
2. Designe **3 testigos** que no tengan **ningún parentesco ni relación patrimonial o económica con el otorgante**. Cumplimente todos los datos que se solicitan de cada testigo: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, teléfonos de contacto, domicilio, localidad y provincia, código postal.
3. Cada testigo debe firmar en la casilla correspondiente, aceptando la designación como testigo.
4. Designe **uno o más representantes** para expresar su voluntad en caso de quedar imposibilitada la persona otorgante, y para tomar las decisiones necesarias para el cumplimiento de sus voluntades.
5. Cada representante designado debe consignar todos los datos requeridos por este formulario, y firmar la aceptación de su designación en la casilla correspondiente.
6. Los representantes **no pueden ser al mismo tiempo testigos** de esta declaración.
7. El otorgante **debe declarar expresamente** no tener relación de parentesco ni vínculo patrimonial u obligacional con los testigos.
8. El otorgante debe **firmar** indicando **de forma legible** su nombre y apellidos.

## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

**A mi familia, al personal sanitario, a mi párroco o al capellán católico:**

Yo, \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con DNI  pasaporte  otro documento válido \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_, con domicilio en calle \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ localidad \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ C. postal \_\_\_\_\_

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

**MANIFIESTO**

Que tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo:

- Pido que, si llegara a padecer una enfermedad grave e incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico o incapacitante o cualquier otra situación crítica; que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento; que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el "suicidio médicamente asistido", ni que se prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.
- Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico y que se me administren los sacramentos pertinentes.
- Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.
- Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad.
- En caso de estar embarazada, pido que se respete la vida de mi hijo.

Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa o de duda, he redactado y firmo esta declaración.

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES

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/Dª  DNI/NIE:

Fecha de nacimiento:  Teléfonos de contacto:

Domicilio:

Localidad:  Provincia:  C.P.:

## ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN:

**Acepto la designación** como representante del/la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por mí 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.

Fdo.: 

## SEGUNDO REPRESENTANTE

D/Dª  DNI/NIE:

Fecha de nacimiento:  Teléfonos de contacto:

Domicilio:

Localidad:  Provincia:  C.P.:

## ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN:

**Acepto la designación** como representante del/la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por mí 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.

Fdo.: 

## TERCER REPRESENTANTE

D/Dª  DNI/NIE:

Fecha de nacimiento:  Teléfonos de contacto:

Domicilio:

Localidad:  Provincia:  C.P.:

## ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN:

**Acepto la designación** como representante del/la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por mí 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.

Fdo.:

## DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Los firmantes como testigos de la formalización de este documento de Instrucciones Previas DECLARAMOS ser mayores de edad y tener plena capacidad de obrar y que, a nuestro juicio, **la persona otorgante de este documento es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en nuestra presencia.**

## PRIMER TESTIGO

D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	DNI/NIE:	<input type="text"/>	Fdo.:	
Domicilio:	<input type="text"/>				
Localidad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>		C.P.:

## SEGUNDO TESTIGO

D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	DNI/NIE:	<input type="text"/>	Fdo.:	
Domicilio:	<input type="text"/>				
Localidad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>		C.P.:

## TERCER TESTIGO

D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	DNI/NIE:	<input type="text"/>	Fdo.:	
Domicilio:	<input type="text"/>				
Localidad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>		C.P.:

## DECLARACIÓN DEL OTORGANTE

Como otorgante de este documento, DECLARO que los firmantes como testigos en primer y segundo lugar **no tienen conmigo relación de parentesco en primer ni en segundo grado, ni vínculo patrimonial u obligacional.**

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Lugar y fecha de formalización)

Firma del otorgante:

(Indicar de forma legible nombre y apellidos)

## INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

**Responsable** Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.

**Finalidad** Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

**Legitimación** Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud, Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).

**Destinatarios** Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

**Derechos** Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, P<sup>o</sup> de Zorrilla, 1. 47007 Valladolid.

**Información adicional** 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 <https://www.saludcastillayleon.es/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas>