

## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 1. DISPOSICIONES GENERALES

Consejo de Gobierno

**9317 Corrección de Errores al Decreto n.º 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro.**

Advertido error en la publicación del Decreto n.º 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro («Boletín Oficial de la Región de Murcia» n.º 164 correspondiente al día 19 de julio de 2005) por omisión del Anexo I al que se refiere el artículo 11.1, se procede a la inserción de dicho Anexo, que forma cuerpo con el citado Decreto.

Murcia, 29 de julio de 2005.—El Secretario del Consejo de Gobierno, **Fernando de la Cierva Carrasco**.

**ANEXO I Modelo de solicitud de inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia**



**REGION DE MURCIA**  
CONSEJERIA DE SANIDAD

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS  
DE LA REGIÓN DE MURCIA**

<b>Nombre y apellidos del otorgante:</b>	<b>DNI/Pasaporte/NIE:</b>	<b>Fecha nacimiento:</b>
--	---------------------------	--------------------------

**Dirección:**

<b>Código Postal:</b>	<b>Población:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Telf.:</b>
-----------------------	-------------------	-------------------	---------------

**1. MANIFIESTO** que en fecha.....he otorgado documento de instrucciones previas ante

- Notario
- Funcionario o empleado público encargado del Registro de Instrucciones Previas
- Testigos, en presencia de las personas siguientes que actúan en calidad de testigos

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Fecha nacimiento</b>	<b>Dirección</b>
---------------------------	------------	-------------------------	------------------

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Fecha nacimiento</b>	<b>Dirección</b>
---------------------------	------------	-------------------------	------------------

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Fecha nacimiento</b>	<b>Dirección</b>
---------------------------	------------	-------------------------	------------------

**2. He designado un representante que me sustituirá en el caso de no poder expresar mi voluntad en relación a las decisiones asistenciales que afecten a mi persona (sólo si se ha designado en el documento de instrucciones previas)**

<b>Nombre y apellidos:</b>	<b>DNI:</b>	<b>Fecha nacimiento:</b>
----------------------------	-------------	--------------------------

**Dirección**

<b>Código Postal:</b>	<b>Población:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Telf.:</b>
-----------------------	-------------------	-------------------	---------------

**3. Con el fin de facilitar el acceso del personal sanitario a esta información y al contenido del documento de instrucciones previas cuando lo consideren necesario, SOLICITO la inscripción del documento de instrucciones previas que aquí acompaña, en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia, indicando que la inscripción supone:**

- Primer documento de instrucciones previas.
- Modificación de un documento de instrucciones previas anteriormente inscrito.
- Sustitución de un documento de instrucciones previas anteriormente inscrito.
- Revocación del documento de instrucciones previas anterior.

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que el documento de instrucciones previas que aquí se acompaña se ajusta en su contenido y en las exigencias formales al Decreto....., y en concreto que los testigos y, en su caso, el representante, tienen la capacidad necesaria y no incurren en la incompatibilidad que el Decreto establece.

**AUTORIZO** al Registro a facilitar de oficio al personal de los centros sanitarios el conocimiento de la existencia del documento de instrucciones previas.

En señal de conformidad, firmo este documento

En..... a..... de..... de 200...

Ilmo. Sr Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

Estos datos serán incorporados al fichero «Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia». Para ejercer el derecho de acceso, rectificación y/o cancelación, el órgano de la Administración responsable del mismo es la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.