



Junta de
Castilla y León

Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Calidad e Infraestructuras sanitarias

D. Leopoldo Martínez de Salinas
Decano del Colegio Notarial de Castilla y León
Teresa Gil, 14
47002 Valladolid

Como ya conocen, mediante el Decreto 30/2007, de 22 de marzo se reguló el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se creó el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.

En este momento, el incremento de la demanda de los ciudadanos de Castilla y León para formalizar sus documentos de instrucciones previas e inscribirlo en el Registro, hace necesario modificar esta norma para facilitar aún más al ciudadano el ejercicio de este derecho con las debidas garantías, incorporando al procedimiento las ventajas que aporta la administración electrónica, su tramitación en Unidades Habilitadas en todas las provincias y el acceso al registro de los profesionales médicos y de enfermería que presten asistencia a un ciudadano cuando no pueda expresar por sí mismo sus decisiones respecto a los cuidados y tratamientos sanitarios.

Por todo lo expuesto, en esta Dirección General en desarrollo de lo previsto en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, se ha elaborado el "**Proyecto de Decreto por el que se regula el procedimiento de formalización de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y la organización y funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León**".

Se acompaña copia del referido proyecto, para su conocimiento y con el fin de que, si lo estima conveniente por ese Colegio se formulen y remitan las alegaciones y sugerencias oportunas, en el plazo de quince días.

Un cordial saludo

Firmado por: ALVARO MUÑOZ GALINDO
En la fecha 20.09.2023 10:23:29 CEST
Cargo: DIRECTOR GENERAL DE
CALIDAD E INFRAESTRUCTURAS
SANITARIAS



RECEPCIÓN

El/La que suscribe declara que el envío reseñado ha sido debidamente: Entregado Rehusado

NOMBRE _____
DNI DEL RECEPTOR _____



FECHA **21-9-23**
FIRMA DEL RECEPTOR _____

CERTIFICADO

SELLO DE LA OFICINA DE ENTREGA O DEVOLUCIÓN



ENTREGA DOMICILIARIA

NIP Y FIRMA EMPLEADO *
FECHA Y HORA

<input type="checkbox"/>	1. Entregado a Domicilio
<input type="checkbox"/>	2. Dirección Incorrecta
<input type="checkbox"/>	3. Ausente Reparto. Se dejó aviso llegada en buzón
<input type="checkbox"/>	4. Desconocido/a
<input type="checkbox"/>	5. Fallecido/a
<input type="checkbox"/>	6. Rehusado
<input type="checkbox"/>	7. No se hace cargo

OFICINA

NIP Y FIRMA EMPLEADO *
298486
 8. Entregado
 9. No retirado

* Empleado/a que realiza y da fe del resultado de la entrega

ATENCIÓN: NO SOBREPASAR POR ABAJO ESTE LÍMITE. ATENCIÓN: NO SOBREPASAR POR ABAJO ESTE LÍMITE.