

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS DE INSTRUCCIONES PREVIAS

SOLICITANTE

Nombre y Apellidos _____

DNI _____

Dirección _____

Teléfono/os _____

Correo electrónico _____

REPRESENTANTE (Opcional)

Sólo en el caso de actuar mediante Representante (en este caso adjuntar documento acreditativo de la representación)

Nombre y Apellidos _____

DNI _____

Dirección _____

Teléfono/os _____

Correo electrónico _____

SOLICITO, la inscripción en el Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, del documento incluido en el sobre cerrado adjunto a esta solicitud que tiene por objeto:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La inscripción de un documento de instrucciones previas | <input type="checkbox"/> La sustitución de uno ya inscrito |
| <input type="checkbox"/> La modificación de uno ya inscrito | <input type="checkbox"/> La revocación de uno ya inscrito |

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA

OPCIONAL

Se autoriza la inclusión en mi historia clínica de una copia autenticada del documento de instrucciones previas registrado.

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA

Se autoriza la incorporación en mi historia clínica de la información relativa a la existencia de un documento de instrucciones previas registrado.

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA

