

# Documento de Revocación de Instrucciones Previas

En virtud del artículo 11 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

Yo \_\_\_\_\_

Mayor de edad, con domicilio en c/ \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

DNI o Pasaporte \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Nº Tarjeta sanitaria o código de identificación personal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Con capacidad para actuar libremente, considerando que he recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente, tomo la decisión de **REVOCAR** el documento de instrucciones previas otorgado con fecha \_\_\_\_\_ e inscrito en el Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario con fecha \_\_\_\_\_ privándolo de efectos y sin otorgar uno nuevo en su lugar.

Lugar, fecha y firma del otorgante

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA

