GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SALUD

ESTE DOCUMENTO SE CUMPLIMENTA EN LA CONSEJERÍA de SANIDAD con los cambios que considere oportunos el otorgante.
Sólo se muestra a nivel informativo para que el otorgante, reflexione sobre el contenido que quiere señalar en su DVP

DOCUMENTO DE OTORGAMIENTO DE VOLUNTADES PREVIAS DE CANTABRIA ante empleado público

En virtud de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria (BOC de 18 de diciembre de 2002) en el que se regula el derecho del usuario del Sistema Autonómico de Salud a la expresión de la voluntad con carácter previo y el Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.

Datos del otorgante

Nombre	Apellido 1	Apellido 2
NIF/NIE	Fecha de nacimiento	

Domicilio

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad

Municipio	Provincia	FIRMA
		Antes de firmar la solicitud de inscripción, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en la última hoja

Mayor de edad y con plena capacidad de obrar, tras adecuada reflexión y actuando libremente, otorgo el presente **DOCUMENTO DE VOLUNTADES PREVIAS,** y para la interpretación que pudiera ser necesaria, así como para la aplicación estricta de este documento designo:

☐ REPRESENTANTE a D/Dña: con DNI:

☐ REPRESENTANTE SUSTITUTO a D/Dña: con DNI:

Para ser considerado como interlocutor válido y necesario para el facultativo responsable de mi asistencia y como garante de mi voluntad expresada en el presente documento.

DECLARO

PRIMERO

Si en un futuro NO puedo tomar decisiones sobre mi cuidado médico como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- Cáncer diseminado en fase irreversible (tumor maligno con metástasis).
- Daño cerebral severo e irreversible.
- Demencia severa debida a cualquier causa (Alzheimer y otros).
- Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o sistema muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento (esclerosis múltiple).
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada (SIDA)
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparables con las anteriores.
- Otras (especificar):

SEGUNDO

VALORES VITALES A TENER EN CUENTA Y QUE APOYAN MIS DECISIONES

Quiero que se me informe en todo momento de mi situación de salud, sólo se utilizará este documento cuando no tenga capacidad cognitiva de decisión.

TERCERO

Y si a juicio del personal médico que me atienda (siendo uno de ellos un especialista en la patología de que se trate) no hay expectativas de recuperación, **mi voluntad es que no sean aplicados, o bien se retiren si ya han empezado a aplicarse, procedimientos de soporte vital, o cualquier otro tratamiento que prolongue temporal y artificialmente mi vida.**

Quiero, por otra parte, que se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier circunstancia que pudiera causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.

En el caso, de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, **SOLICITO** ser atendido por otro u otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

Si estoy **EMBARAZADA** en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones anteriormente citadas, mi voluntad es que la validez de este Documento **QUEDE** en suspenso hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto **BORRAR SI NO ES LA INTENCIÓN DE LA OTORGANTE**

Si estoy **EMBARAZADA** en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones anteriormente citadas, mi voluntad es que la validez de este Documento **NO QUEDE** en suspenso. **BORRAR SI NO ES LA I NTENCIÓN DE LA OTORGANTE.**

CUARTO

INDICACIONES SOBRE LAS SIGUIENTE ACTUACIONES SANITARIAS ANTE SITUACIONES TERMINALES E IRREVERSIBLES		
	SI	**NO**
Transfusiones de sangre		
Hidratación por suero		
Alimentación mediante nutrición parenteral		
Alimentación mediante sonda nasogástrica		
Alimentación mediante gastrostomía (PEG)		
Diálisis		
Respiración artificial		
Reanimación cardiopulmonar		
Sedación paliativa		

QUINTO

DONACIONES		
	SI	**NO**
Donación de órganos		
Donación de tejidos		
Donación de cuerpo		

SEXTO

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

La Ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia; posibilita al ciudadano un derecho (la prestación de ayuda para morir) al que puede optar o no.
Si quiere acceder a ese derecho, la persona interesada DEBERÁ SOLICITAR la prestación conforme al procedimiento correspondiente. **Sólo** se dará esa prestación a las personas que lo soliciten cumpliendo los criterios señalados en la misma.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, contempla, en el artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia), en el Documento de Voluntades Previas, en aquellas circunstancias en las que el paciente NO SE ENCUENTRE EN PLENO USO DE SUS FACULTADES, NI PUEDA PRESTAR SU CONFORMIDAD LIBRE, VOLUNTARIA Y CONSCIENTE PARA REALIZAR LAS SOLICITUDES.

PONER UNA CRUZ en la casilla correspondiente:

	En relación a lo previsto en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, es mi voluntad acogerme a la normativa vigente en materia de EUTANASIA si se dan los requisitos previstos en la misma, y en especial en lo relativo a su artículo 5.2; o normativa de similar contenido que la sustituya.
	En relación a la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia NO quiero acogerme. NO quiero que me den la prestación de EUTANASIA.

SÉPTIMO

INSTRUCCIONES ADICIONALES

En el caso de que el presente documento se otorgue ante un funcionario de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, acogiéndose a la modificación de la Ley de Cantabria 7/2002, 10 de diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria, Ley de Cantabria 6/2009, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y de Contenido Financiero publicada en el BOC el 30 de diciembre de 2009, y a la modificación del Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, Decreto 2/2012, de 12 de enero; éste es:

Declaración responsable

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

FUNCIONARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NÚMERO DE REGISTRO PERSONAL	CONSEJERÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA, HUMANIZACIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.	
FIRMA En Santander, a . de de 20		

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES VINCULADA AL TRATAMIENTO DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE VOLUNTADES PREVIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA.	
Responsable del tratamiento	Directora General de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria.
Finalidad	Gestionar el Registro de Voluntades Previas de Cantabria y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del otorgante.
Legitimación	El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (RGPD, artículo 6.1puntos c y e)
Destinatarios	Cesión de datos : los contemplados en la finalidad del Registro, Servicio de Salud y Ministerio competente en materia sanitaria, así como aportar los datos a las autoridades sanitarias, estatales y autonómicas, a requerimiento de las mismas.
Derechos	El interesado tiene derecho de acceso, rectificación , supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional, ante el Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria.
Información adicional	Puede consultar en la siguiente página web. https://www.cantabria.es/RGPD

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono 942 207737/942207697

CONSEJERÍA DE SALUD, Dirección General de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria
C/ Federico Vial Nº 13,39009, Santander