



## **REGISTRO DE MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CANARIAS OTORGADA ANTE FUNCIONARIO DEL REGISTRO**

### **1. DATOS PERSONALES DEL OTORGANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI, NIE, Pasaporte: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta sanitaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **2. MANIFESTACIÓN LEGAL DE MAYORÍA Y CAPACIDAD**

Manifiesto ser mayor de edad y ostentar plena capacidad legal para otorgar el presente documento, que formalizo de una manera libre y reflexiva, después de informarme sobre su contenido y consecuencias.

### **3. CONTENIDO**

El presente documento contiene mis instrucciones, emitidas libremente, sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud o, una vez fallecido, el destino de mi cuerpo y de mis órganos o tejidos, que deberán tenerse en cuenta cuando me encuentre en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad de manera libre, personal, actual, consciente e informada.

#### **3.1 CRITERIOS**

- Deseo que no se prolongue mi vida en el caso de una situación incurable o irreversible:
- Deseo la asistencia necesaria para procurar un final digno a mi vida, con el máximo ahorro del dolor, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte:
- Deseo manifestar mi preferencia por el lugar donde quiero que se me atienda en el final de mi vida, siempre que las circunstancias económicas personales o familiares lo permitan, y sea autorizado por el personal sanitario correspondiente

Domicilio .....

Centro sanitario ...

Otro: .....

## **3.2. INSTRUCCIONES DE ACTUACIONES SANITARIAS**

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sean aplicadas medidas de reanimación cardiopulmonar

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sean aplicadas técnicas de soporte vital tales como ventilación mecánica, diálisis, soporte cardiorrespiratorio o fármacos.

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sea suministrada alimentación o hidratación artificial

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar al máximo el dolor, el sufrimiento o la angustia extrema, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no se me apliquen tratamientos o terapias que no hayan mostrado efectividad para el tratamiento de la enfermedad.

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no se me apliquen tratamientos que no estén específicamente dirigidos a curar o aliviar mi sufrimiento

Deseo que en caso de embarazo no se me apliquen técnicas que pudieran afectar negativamente al feto, a su vida, ni alteren las condiciones de viabilidad de su nacimiento, prevaleciendo esta manifestación sobre cualquier otra contenida en este documento.

Deseo ser receptor de órganos o tejidos

En caso de enfermedad incurable o irreversible deseo que no se me realicen transfusiones sanguíneas

Otros:

### **3.3 INSTRUCCIONES POST MORTEM**

Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantes en beneficio de otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente

Deseo donar el resto de mi cuerpo para la investigación o para la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legislación vigente

Deseo que mi cuerpo sea incinerado

Otras:

### **4. INDICACIONES ÉTICAS, MORALES O RELIGIOSAS**

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el momento final de mi vida si ellos así lo manifiestan

Otras:

### **5. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S**

De acuerdo con lo regulado en el artículo 3.1, a) del Decreto 13/2006, de 8 de febrero, designo como mi representante para que actúe como interlocutor de mi voluntad final ante el personal sanitario a la/s persona/s cuyos datos constan en el documento anexo al presente.

## 6. INCORPORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO A LA HISTORIA CLÍNICA

He sido advertido por el funcionario encargado del Registro:

- a) Que la incorporación de la presente declaración a la historia clínica tiene carácter voluntario y, en su caso, ha de ser entregada por el otorgante en sus centros asistenciales de referencia
- b) Que la incorporación del documento a la historia clínica determinará que su conservación, tratamiento y acceso venga regulado por la normativa específica de los documentos que integran la historia clínica y por el personal autorizado para ello, siendo confidencial su contenido

El personal médico que, en los supuestos previstos en el Decreto 13/2006 de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su registro correspondiente, consultara la manifestación anticipada de voluntad, podrá incorporarla a la historia clínica del paciente como documento justificativo del acto médico correspondiente.

## 7. ADVERTENCIA DE LEGALIDAD

El funcionario encargado del Registro de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad de la Comunidad Autónoma de Canarias formula advertencia de legalidad en relación con la manifestación del otorgante siguiente: \_\_\_\_\_  
e informa al otorgante del contenido del artículo 4.3 del Decreto 13/2006, que lee en voz alta:

*“4.3 No se tendrán en cuenta las manifestaciones anticipadas de voluntad que vulneren el ordenamiento jurídico, la lex artis o no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que se hubiera previsto al otorgarlas”*

## 8. CESIÓN DE DATOS, LUGAR, FECHA Y FIRMAS DEL OTORGANTE Y DEL FUNCIONARIO

AUTORIZO en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 15 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:

- a) La cesión de datos de carácter personal contenidos en el documento de manifestación anticipada de voluntad al profesional médico, equipo que me preste asistencia sanitaria o personal facultativo del servicio de urgencias 112, en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes,
- b) La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

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

Firma y rúbrica del otorgante

Firma y rúbrica del encargado del Registro

### Información importante:

**Protección de datos:** En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, se informa que los datos personales obtenidos mediante el presente formulario se incorporarán para su tratamiento en un fichero automatizado. La recogida y tratamiento de estos datos se adaptará a lo previsto en dicha ley y sólo con la finalidad de garantizar el derecho del otorgante a manifestar anticipadamente su voluntad en el ámbito sanitario en las circunstancias previstas en el decreto que las regula.