

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo, D/D ^a			
con DNI/NIE/Pasaporte	nacido/a el día	de	de
en la localidad de	Provincia		

MANIFIESTO que tengo conocimiento de:

La Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, que define la declaración de voluntades anticipadas como la manifestación escrita de una persona capaz que, actuando libremente, expresa las instrucciones que deban tenerse en cuenta acerca de la asistencia sanitaria que desea recibir en las situaciones en las que no pueda expresar personalmente su voluntad, y sobre su cuerpo o los órganos del mismo.

En ejercicio de este derecho declaro que soy mayor de edad, que actúo libremente y que no me encuentro incapacitado judicialmente para emitir esta declaración. Tras una serena reflexión y, actuando libremente, realizo de forma documental mi declaración de voluntad anticipada, para lo cual

DECLARO:¹

Si en un futuro **estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico**, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (con, al menos, dos opiniones) **no hay expectativas de recuperación alguna**:

A) Se tengan en cuenta los **siguientes criterios** que expresan mi esquema personal de valores y que, a modo de ejemplo, podrían relacionarse con:

- Mi preferencia por mantener una buena calidad de vida y una muerte digna.
- Mi deseo de no sufrir dolor intenso e invalidante.
- Mi preferencia por no prolongar la vida cuando la situación es ya irreversible.
- Otras:

B) En cuanto a las **actuaciones sanitarias sobre mi persona**,

- No me sean aplicadas, o bien que se retiren si ya han empezado aplicarse, medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar inútilmente mi supervivencia.
- Se me apliquen las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor o sufrimiento.
- Se me preste la asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con los tratamientos necesarios para paliar al máximo mi dolor, sufrimiento o angustia extrema, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.
- No se me aplique ningún tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad para mi recuperación y que prolongue artificialmente mi vida.
- Si llegada la circunstancia de tener que aplicar esta declaración estuviera embarazada, se mantenga el soporte vital necesario para mantener el feto con vida y en condiciones viables de nacer.

Firma del otorgante:

¹ Señalar con una cruz en el recuadro las opciones elegidas. No serán válidos documentos con enmiendas o tachaduras

- Otras actuaciones sanitarias (añadir al final de este documento – si es preciso - hojas numeradas y firmadas).
-
-

C) En cuanto a las instrucciones **una vez determinada mi muerte**,

- Deseo donar mis órganos para trasplantes en beneficio de otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente.
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación o para la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legislación vigente.

D) **Otras instrucciones** que deseo se tengan en cuenta,

- Manifiesto mi deseo de que al final de mi vida se me atienda en:

Mi domicilio

El hospital

- Otras instrucciones:
-

NOMBRE como representante a*

D/D ^a	
con DNI/NIE/Pasaporte	con domicilio en
Localidad	Provincia
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación de lo contenido en él. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garante de mi voluntad expresada en este documento.

En, a de de

Fdo. (el otorgante):

(Nombre y apellidos)

El documento deberá ir firmado al final y rubricado en todas y cada una de sus hojas.

*Consulte el Registro Informatizado (RDVA) para comprobar si los datos de contacto del representante han sido modificados

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

(Cumplimentar sólo en el caso de que la declaración haya sido realizada ante testigos)

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión. Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo con el otorgante por parentesco de hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad, por matrimonio o por relación profesional o patrimonial alguna.

Testigo primero	Nombre y apellidos		
	DNI	con domicilio en	
	Localidad		Provincia
	Fecha		
Firma:			
Testigo segundo	Nombre y apellidos		
	DNI	con domicilio en	
	Localidad		Provincia
	Fecha		
Firma:			
Testigo tercero	Nombre y apellidos		
	DNI	con domicilio en	
	Localidad		Provincia
	Fecha		
Firma:			

DECLARACIÓN DEL FUNCIONARIO

(Cumplimentar sólo en el caso de que la declaración haya sido realizada ante el funcionario del Registro)

Ante mí, constatada la personalidad y capacidad del autor.

EL FUNCIONARIO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA-LA MANCHA

Firma del otorgante:

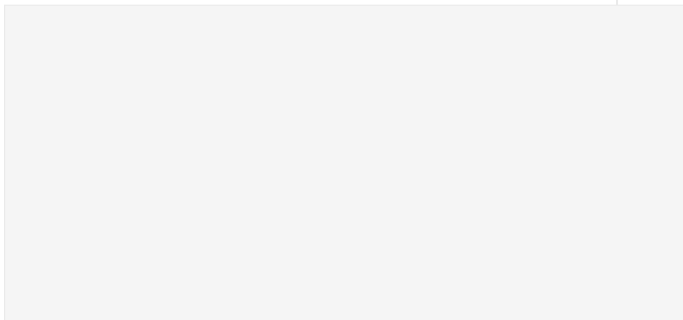
En _____, a _____ de _____ de _____

Sello

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos del funcionario)

Espacio reservado para la diligencia de informatización.



TESTAMENTO VITAL

(Declaración de Voluntades Anticipadas)

Yo _____, nacido/a el ____ / ____ / ____
con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____,
con domicilio en _____,
Localidad _____, CP _____, Provincia _____.

En plenitud de mis facultades, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, **declaro** que si en el futuro **mi salud se deteriora de forma irreversible**, hasta el punto de perder el uso de mis **facultades para solicitar la eutanasia y prestar mi conformidad** sobre los cuidados y el tratamiento que deseo recibir, el mayor beneficio para mí es **finalizar mi vida cuanto antes**, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital:

1. Solicito **que se ponga fin a mi vida** cuanto antes mediante **eutanasia**.
2. Considero un **sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad** personal, el que algunos **padecimientos graves crónicos e imposibilitantes**, como las enfermedades neurodegenerativas (demencia tipo Alzheimer o cualquier otra), provoquen tal **deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales**, que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad y mi esquema de valores.
Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde o, a juicio de otras personas, no muestre signos externos de sufrimiento, **en el momento en que no pueda valerme por mí misma o no reconozca a mis familiares o allegados, o me encuentre en una situación clínica equiparable a una demencia moderada** (GDS-FAST 5, según las escalas de Reisberg), deseo que se respete mi voluntad de finalizar mi vida cuanto antes mediante **eutanasia**.
3. Durante el plazo de tiempo que requiera la gestión de mi solicitud de eutanasia, o en el caso de que fuera denegada, **rechazo toda medida de soporte vital**, tratamiento, intervención o procedimiento que contribuya a mantenerme con vida (antibióticos, nutrición-hidratación con fluidos, sonda nasogástrica o gastrostomía, marcapasos o desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito **que se alivie mi sufrimiento** con todos los medios disponibles y, si me encuentro en una situación avanzada o terminal, deseo morir dormida con una **sedación paliativa** profunda mantenida hasta mi fallecimiento.
En el caso de que existieran **dudas sobre la irreversibilidad** de mi situación de incapacidad de hecho para decidir, quiero dejar claro que tal posibilidad no modifica mi decisión firme de no soportar una vida en la que dependa de otras personas para las actividades de la vida diaria.
4. Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar este documento manifiesto que, en una situación de deterioro irreversible, sin posibilidad de futuro ni recuperación digna, no quiero sufrir ni causar un mayor sufrimiento a las personas que me acompañen en ese momento, ni deseo poner a mi familia en la situación de tener que decidir por mí acerca de mi vida.

Pido a quienes tengáis que atenderme que respetéis mi voluntad.



ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

D/ D ^a			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de
Con domicilio en			
Localidad			
Provincia	CP		
Teléfonos de contacto			
Correo electrónico			

Acepto representar a:

D/ D ^a			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de
Con domicilio en			
Localidad			
Provincia	CP		

en los casos que proceda de acuerdo con la Ley 6/2005, 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos)

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal y en el Decreto 53/2002, de 23 de abril, de protección de datos de carácter personal en la Junta de Comunidades de Castilla, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado de datos.

Asimismo se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante el Coordinador Provincial de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de su provincia.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

1 DATOS PERSONALES DEL AUTOR DE LA DECLARACIÓN/SOLICITANTE			
Apellidos y nombre		Sexo	DNI/NIE/Pasaporte
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Nº tarjeta sanitaria (cumplimentar con 22 caracteres) □□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□	
Teléfono 1		Domicilio	
Teléfono 2			
Localidad		Provincia	
Código postal	Correo electrónico		

2 DATOS PERSONALES DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD (1)	
Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte
Domicilio (Dirección, Localidad y Provincia)	

3 DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DEL AUTOR/SOLICITANTE <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> PODER DE REPRESENTACIÓN PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD (en su caso) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DE LOS TRES TESTIGOS (en su caso) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (en su caso) <input type="checkbox"/> DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DEL REPRESENTANTE (en su caso) <input type="checkbox"/> OTROS

4 EXPOSICIÓN
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración y, en su caso, que los testigos y/o el representante tienen la capacidad necesaria y no incurrir en las incompatibilidades establecidas en la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.</p> <p>AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal:</p> <p>Primero: La consulta de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntades anticipadas a los profesionales sanitarios que me presten asistencia.</p> <p>Segundo: La cesión de los datos de carácter personal contenidos en mi declaración al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</p>

(1) Cumplimentar sólo cuando quien la presenta no sea el autor de la declaración

5 SOLICITUD

SOLICITO:

- Inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.
- Sustitución del documento de voluntades anticipadas inscrito.
- Revocación del documento de voluntades anticipadas inscrito.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos)

SR. RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA – LA MANCHA
DE _____

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Decreto 53/2002, de 23 de abril, de protección de datos de carácter personal en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado de datos.

Asimismo se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante el Coordinador Provincial de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de su provincia.