



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

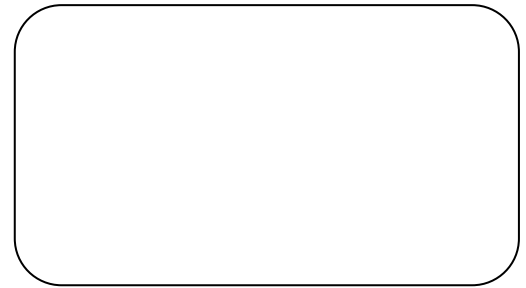
D. G. de Humanización y Atención Sociosanitaria

Nº Procedimiento

020189

Código SIACI

SIUY



ANEXO I

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AUTORA DE LA DECLARACIÓN/SOLICITANTE

Nombre	<input type="text"/>	1 ^{er} Apellido	<input type="text"/>	2 ^o Apellido	<input type="text"/>				
Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	NIF	<input type="checkbox"/>	Pasaporte/NIE	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	País de nacimiento:	<input type="text"/>	Nº tarjeta sanitaria	<input type="text"/>				
Domicilio:	<input type="text"/>								
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>				
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>				
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>								

DATOS PERSONALES DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD

(En caso de no coincidir con la persona autora de la declaración)

Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	NIF	<input type="checkbox"/>	Pasaporte/NIE	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	1 ^o Apellido:	<input type="text"/>	2 ^o Apellido:	<input type="text"/>				
Domicilio:	<input type="text"/>								
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>				
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>				
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>								

Solo se admitirá la presentación "ON-LINE" a través de sede electrónica a los notarios y a la persona que disponga de poder representativo específico otorgado por cualquier medio válido en derecho.

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal (Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.)
- Notificación electrónica (Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

D. G. de Humanización y Atención Sociosanitaria

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria
Finalidad	Gestionar el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud)
Destinatarios	Existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica https://www.castillamancha.es/protecciondedatos

DATOS DE LA SOLICITUD

EXPONE

Que al amparo de la legislación vigente:

SOLICITA:

- 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

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal

AUTORIZACIONES

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los acreditativos de residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

D. G. de Humanización y Atención Sociosanitaria

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentran en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento: [] presentado con fecha: [] ante la unidad: [] de la Consejería: []

Documento: [] presentado con fecha: [] ante la unidad: [] de la Consejería: []

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos

- Declaración de Voluntad Anticipada
Copia del documento acreditativo de la identidad del autor
Poder de representación para presentar esta solicitud
Copia del documento acreditativo de la identidad de los tres testigos
Documento de aceptación del representante
Copia del documento acreditativo de la identidad del representante/s
Otros []

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

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

En , a de de 20

SR. RESPONSABLE DEL PUNTO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA-LA MANCHA DE *

Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08027354
CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355
CUENCA. Código. DIR 3: A08027356
GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357
TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358

Centros Sanitarios:

- HOSPITAL GRAL DE ALMANSA. Código. DIR 3: A08016544
HOSPITAL DE HELLÍN. Código. DIR 3: A08016555

- HOSPITAL GRAL DE VILLARROBLEDO. Código. DIR 3: A08016581
HOSPITAL GRAL LA MANCHA CENTRO. Código. DIR 3: A08016663
HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA. Código. DIR 3: A08016700
HOSPITAL SANTA BÁRBARA. Código. DIR 3: A08016788
HOSPITAL GRAL DE TOMELLOSO. Código. DIR 3: A08016710
HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA. Código. DIR 3: A08016721
INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD. Código. DIR 3: A08014321
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. Código. DIR 3: A08016955

* En los casos en los que la tramitación se pueda realizar "ON-LINE" sólo se podrá remitir a las Delegaciones Provinciales



ANEXO IV

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

D/D ^a			
con DNI/NIE/Pasaporte	nacido/a el día	de	de
en la localidad de		con domicilio en	
	Localidad	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 soportar la vida por sí misma cuando la situación es ya irreversible.
- Mi preferencia porque al final de mi vida se me atienda en mi domicilio

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 respiración asistida o cualquier otra que solo esté dirigida a 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 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.

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

Firma del funcionario del RDVA:

Firma del otorgante:

NOTA: Los profesionales sanitarios deben comprobar si este documento es el último inscrito, consultando el Registro Informatizado (RDVA), donde también podrán comprobar si los datos de contacto del representante han sido modificados.



- No deseo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.
- 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.
- Otras actuaciones sanitarias (utilizar, si es preciso, hojas numeradas y firmadas al final de este documento).....
.....
.....
.....

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 (corresponde al otorgante dar a conocer este deseo entre sus familiares, allegados o el personal del centro sanitario para que, llegado el momento, lo comuniquen a la universidad a la que se haya efectuado la donación).

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

.....
.....
.....

Designo como Representante/s que deseo se tengan en cuenta,

Primero

D/Dª		
con DNI/NIE/Pasaporte		con domicilio en
Localidad	Provincia	CP.
Teléfonos de contacto		Correo electrónico

Segundo

D/Dª		
con DNI/NIE/Pasaporte		con domicilio en
Localidad	Provincia	CP.
Teléfonos de contacto		Correo electrónico

Tercero

D/Dª		
con DNI/NIE/Pasaporte		con domicilio en
Localidad	Provincia	CP.
Teléfonos de contacto		Correo electrónico

para que realicen 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

Firma del funcionario del RDVA:

Firma del otorgante:



DECLARACIÓN DEL FUNCIONARIO DEL REGISTRO

Ante mí

Como responsable del Registro de Declaraciones de Voluntades Anticipadas (RDVA) en el punto del Registro /Oficina habilitada en

..... código dependencia

ha sido constatada la identidad del otorgante, el cual firma el presente documento de manera consciente y, hasta donde es posible apreciar, voluntaria y libremente.

En, a de de

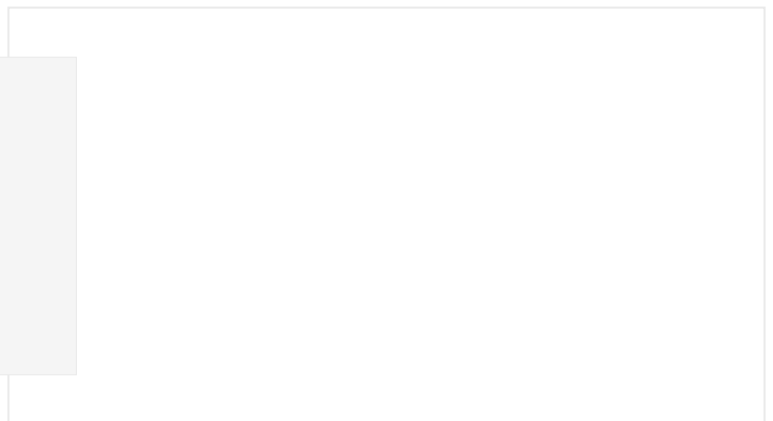
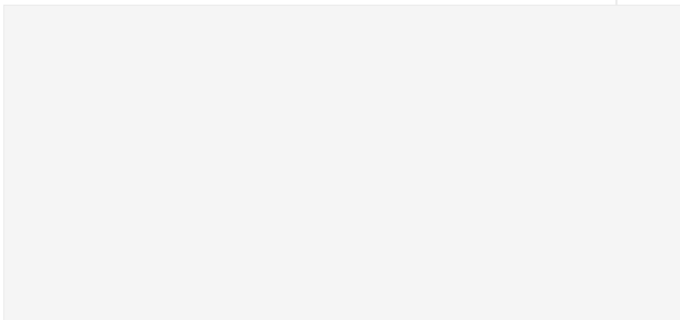
Sello

FIRMA DEL FUNCIONARIO DEL RDVA

Fdo.:

(Nombre y apellidos)

Espacio reservado para la diligencia de informatización



Firma del otorgante:

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.



ANEXO V

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

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

Acepto representar a:

D/Dª			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de

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

En _____, a _____ de _____ de _____

REPRESENTANTE

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	<i>Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria</i>
Finalidad	<i>Gestionar el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas</i>
Legitimación	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud)</i>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
Información adicional	<i>Disponible en la dirección electrónica: https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</i>