

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

(Consulte las instrucciones para cumplimentar y tramitar este documento en la última página)

Yo, _____ DNI / NIE/ o
Pasaporte nº: _____
con domicilio en C/ _____
Código Postal: _____ Localidad: _____
Teléfono/s: _____ E-Mail: _____

mayor de edad¹, con capacidad para tomar decisiones libremente y con la suficiente información que me ha permitido reflexionar cuidadosamente,

DECIDO EXPRESAR a través de este documento las siguientes **INSTRUCCIONES PREVIAS** que manifiestan mi **voluntad actual**, relacionada con unos **CRITERIOS** que responden a un **esquema de valores de calidad de vida** íntimamente **ligados al proceso de morir con dignidad**, relacionados con unos **supuestos** que, a modo de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico, psíquico o espiritual.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.
- No prolongar la vida por sí misma, cuando la situación sea irreversible.

OTROS CRITERIOS (Si lo desea puede manifestar otros criterios para que se tengan en cuenta)

DECLARO que, si en un futuro no puedo expresar mi **voluntad sobre la atención sanitaria a recibir**, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental derivado de **situaciones clínicas** como:

- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Daño cerebral, y/o de otros órganos, severo e irreversible que conduzca en breve plazo a la muerte.
- Estado vegetativo permanente.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico, si lo hubiere.
- Demencia severa e irreversible debida a cualquier causa (tipo Alzheimer)
- Cualquier otra situación clínica de similar naturaleza o gravedad

OTRAS SITUACIONES en las que quiero que se aplique:

- *Situación de fragilidad avanzada con deterioro importante de mi estado general.*
- *Cualquier situación sin expectativas de recuperación y con secuelas incompatibles con mis criterios de vida.*
- *En caso de DEMENCIA, deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea:*
(Elegir una de las dos opción)

☐ **DEMENCIA MODERADA** (gds 4-5): que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, el uso del teléfono, conocer mi dirección.

☐ **DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA** (GDS 5-6): que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir al lavabo, que me imposibilite leer y/o escribir.

Espacio para sello del Registro de
Voluntades Anticipadas

¹ En Aragón, también pueden otorgar el documento de Voluntades Anticipadas los **menores, mayores de 14 años**, con la asistencia de uno cualquiera de sus padres o de su tutor legal.



MI VOLUNTAD ES:

1. Que no se apliquen, o que se retiren si ya se están aplicando, las medidas de soporte vital cardiorrespiratorio, y que no se dilate mi vida por medios artificiales como fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial, que solo estén dirigidos a prolongar mi supervivencia.
2. Que, cuando los responsables de mi asistencia tengan que optar por tomar decisiones médicas y/o terapéuticas sobre mi persona, dirigidas a alargar la vida, y padezca de limitaciones cognitivas o motoras que tengan carácter de irreversibilidad con magnitud suficiente, no se apliquen dichas intervenciones.
3. Que se instauren las medidas y se me suministren los fármacos que sean necesarios para controlar con efectividad los síntomas que puedan causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.
4. Que, en caso de duda en la interpretación de mi proyecto vital y mis valores de calidad de vida y de muerte digna, se tenga en cuenta la opinión de mi o mis representantes.
5. Que 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 otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

OTRAS CONSIDERACIONES: (Si lo desea puede manifestar otras consideraciones que quiere que se tengan en cuenta. Si necesita más espacio hágalo en un documento **ANEXO** que recoja SUS DATOS PERSONALES Y SU FIRMA y marque esta casilla: ☐ **VER ANEXO**)

- *En el momento en que me encuentre en algunas de las situaciones clínicas anteriores deseo QUE SE ME APLIQUE LA EUTANASIA cuanto antes, aunque no lo exprese, no lo recuerde, manifieste desacuerdo o no muestre signos externos de sufrimiento a juicio de otras personas ya que esto no modifica mi firme decisión de no soportar una vida que no deseo.*
- *Durante la tramitación de mi solicitud de eutanasia o en caso de que me fuera denegada, rechazo las medidas de soporte vital y solicito cuidados paliativos para aliviar mi sufrimiento.*
- *Si me encuentro en situación avanzada o terminal, deseo morir dormida/o con una sedación terminal paliativa profunda mantenida hasta mi fallecimiento.*

EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (EUTANASIA)

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), contempla, en su artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en un documento de Voluntades Anticipadas.

Esto permitiría que si en un futuro usted cumple con los requisitos que marca la LORE, pero no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de eutanasia, podría presentarla en su nombre otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola de su documento de Voluntades Anticipadas. En caso de que no exista ninguna persona que pueda hacer la solicitud en su nombre, el médico que lo trata podrá presentarla.

En el caso de haber nombrado representante en ese documento, esta persona será el interlocutor válido para el médico responsable.

→ **Si es este su deseo, MARQUE LA CASILLA y FIRME en el cuadro adjunto.** En caso contrario, no es necesario que marque nada.

- ☐ "Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en la misma".

Firma del otorgante

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento:(señale, si lo desea, las casillas correspondientes)

☐ **SÍ se puedan utilizar mis órganos y tejidos para trasplantarlos a otra persona que los necesite.**

→ En este caso, la donación de órganos y tejidos es: Total ☐ / Parcial ☐

→ Si la donación es parcial especificar: _____

☐ **NO se puedan utilizar mis órganos y tejidos para trasplantarlos a otra persona que los necesite.**

Si necesita información adicional para tomar esta decisión, puede contactar con la **Unidad de Coordinación de Trasplantes de Aragón** llamando al 976 714 311 o enviando un Correo electrónico a: coordinaciondetrasplantes@aragon.es

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES ²

Mi representante, o mi representante sustituto, será considerado como el interlocutor válido y necesario del médico o equipo sanitario responsable de mi asistencia, tomará las decisiones en mi nombre cuando no pueda expresarme por mí mismo y en caso de duda en la interpretación del presente documento, teniendo en cuenta los valores, instrucciones y deseos expresados en el mismo. y siempre que no se contradigan con ninguna de las Voluntades Anticipadas que aquí constan.

NOTA: no es obligatorio designar representantes. Si no se designan, los interlocutores con el equipo sanitario serán los familiares o allegados más próximos.

- Si se dieran las circunstancias de no poder expresar mi voluntad, designo como **REPRESENTANTE** a:

D/D^a _____ DNI/NIE/Pasaporte _____

con domicilio en C/ _____

Código Postal: _____ Localidad: _____

Teléfono/s: _____ E-Mail: _____

Con su firma declara
haber entendido y
aceptado lo anterior

Firma del REPRESENTANTE:

- En supuesto de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento del anterior, designo como **REPRESENTANTE SUSTITUTO/A** a:

D/D^a _____ DNI/NIE/Pasaporte _____

con domicilio en C/ _____

Código Postal: _____ Localidad: _____

Teléfono/s: _____ E-Mail: _____

Con su firma declara
haber entendido y
aceptado lo anterior

Firma del REPRESENTANTE SUSTITUTO:

² **IMPORTANTE:** Deberán presentar o adjuntar DNI / NIE / Pasaporte, **originales o fotocopias compulsadas**, de todos los firmantes del documento: otorgante y testigos y, en caso de haberlos, representante/s.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS ³

El presente documento se formaliza ante los **dos testigos** abajo firmantes, que **DECLARAN**:

1. Que son mayores de edad, con plena capacidad de obrar y **al menos uno de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna** con el otorgante.
2. 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.

PRIMER TESTIGO

D./D^a:

DNI/NIE/Pasaporte n^o:

Teléfono

SEGUNDO TESTIGO:

D./D^a:

DNI/NIE/Pasaporte n^o:

Teléfono

Firma del primer testigo:

Firma del segundo testigo:

SOLICITO

la **inscripción** de este documento de Voluntades Anticipadas en el **Registro de Voluntades Anticipadas** del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y en el **Registro Nacional de Instrucciones Previas**.

- ☐ Los firmantes en este documento aceptan y consienten el tratamiento de los datos de carácter personal aquí contenidos, de conformidad con lo dispuesto en los términos⁴ del Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. También autorizo la cesión de estos datos, con el fin de facilitar esta información al personal sanitario que me atienda cuando lo consideren necesario.

Este documento anula cualquier otro que haya sido otorgado con fecha anterior a la presente, en esta Comunidad Autónoma o en cualquier otra.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del otorgante

³ **IMPORTANTE:** Deberán presentar o adjuntar DNI / NIE / Pasaporte, **originales o fotocopias compulsadas**, de todos los firmantes del documento: otorgante y testigos y, en caso de haberlos, representante/s.

⁴ Consulte todos los términos sobre Protección de datos en www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos



OTROS DESEOS que me gustaría comunicar a mi familia, allegados y/o representante:

(Si lo desea, puede señalar con una X los cuadros correspondientes)

1. TRAS MI FALLECIMIENTO, manifiesto mi deseo de que mi cuerpo sea:

☐ INHUMADO ☐ INCINERADO ☐ DONADO A LA CIENCIA

Si no es posible donarlo a la ciencia, deseo que mi cuerpo sea: ☐ INHUMADO ☐ INCINERADO

Si usted necesita **información adicional, sobre donación del cuerpo a la ciencia**, puede ponerse en contacto con el Departamento de Anatomía e Histología Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Teléfonos: 976 761 667 o 976 761 684 / E-mail: sed1003@unizar.es <https://anatomiahistologiahumanas.unizar.es/>

2. EN CASO DE ESTAR EMBARAZADA deseo que la aplicación de este documento sea aplazada hasta finalizar el embarazo.

☐ Sí ☐ No ☐ No se manifiesta

3. Deseo recibir **ASISTENCIA RELIGIOSA** ☐ Sí ☐ No ☐ No se manifiesta

En caso afirmativo, especificar de qué tipo: _____

4. Si se dan las circunstancias adecuadas, **MANIFIESTO MI DESEO DE MORIR EN:**

☐ Mi domicilio ☐ El hospital ☐ No se manifiesta

5. OTROS DESEOS:

SOPORTE LEGAL

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- 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.
- Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de Derecho de la persona (derogada y regulada actualmente por el Decreto Legislativo 1/2011, de 22 de marzo).
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo 15, en lo relativo a las Voluntades Anticipadas.
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica

PROTECCIÓN DE DATOS

- En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos UE 2016/679, le informamos que los datos que nos proporciona de manera directa se incorporarán a tratamientos cuyo responsable es la Dirección General de Cuidados y Humanización.
- Finalidad: Gestión telemática de trámites e información. Los datos recogidos sirven para gestionar las solicitudes de los usuarios, sin que se realicen perfiles de ningún tipo ni explotaciones estadísticas sin anonimizar.
- Legitimación: Ejercicio de Poderes Públicos en base al Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud.
- Destinatarios: No se cederán datos a terceros ajenos a la propia Administración responsable del Tratamiento, salvo obligación legal. No se realizarán transferencias de datos a terceros países, salvo obligación legal.
- Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos

INFORMACIÓN PARA TRAMITAR ESTE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

NOTA: Si cumplimenta este documento a mano, escriba por favor con letra clara (en mayúsculas se entiende mejor)

OTORGANTE: es la persona que firma el DVA.

REPRESENTANTES: No hay límites en cuanto al parentesco. Han de ser mayores de edad y deben aceptar cumplir con el compromiso de representarle en el futuro si fuera necesario. Serían los interlocutores válidos con los profesionales sanitarios. No es obligatorio nombrarlos, en cuyo caso los interlocutores con el equipo sanitario serán los familiares o allegados más próximos.

TESTIGOS: **Se necesitan dos.** Los testigos dan fe de que el interesado ha hecho su DVA de manera consciente y voluntaria y no adquieren otro compromiso de cara al futuro. Estos deben ser mayores de edad, con **plena capacidad de obrar** y, **al menos uno de ellos, sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial** alguna con el otorgante. Podrían ser testigos, profesionales de los centros sanitarios y servicios en los que se tramita el DVA, siempre que consientan y asistan personalmente a la persona que tramita su DVA.

- **Capacidad de obrar** es tener aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación.
- **Parentesco hasta el segundo grado incluye:** padres, suegros, hijos/as, yernos, nueras, abuelos, hermanos, cuñados y nietos.
- Por "**relación patrimonial**" se entiende relaciones de carácter económico entre el testigo y otorgante del DVA.

DOCUMENTACIÓN IDENTIFICATIVA. Junto al **DVA** necesita aportar, para su comprobación, **documentos de identidad** (DNI, NIE o Pasaporte), **originales o fotocopia compulsada**, de todas las personas que firman en el DVA: otorgante y dos testigos y, en su caso, representante/s. **Si se el DVA se otorgado ante notario debe presentar solo copia autorizada del acta notarial sin necesidad de copias de documentos identificativos.**

¿DÓNDE SE PUEDE PRESENTAR O REMITIR EL DVA?

Se puede **entregar** acompañándolo de la documentación identificativa correspondiente en:

- **Servicios de Información y Atención al Usuario (SIAU)** de cualquier centro sanitario.
- **Centros de Salud.**
- **Servicios Provinciales del Departamento de Sanidad** ubicados en:
 - **Zaragoza:** Paseo de María Agustín, 16 - 50004 Zaragoza. Teléfono **Cita previa:** 976 715 851
 - **Huesca:** C/ San Jorge, 65 - 22003 Huesca. Teléfono **Cita previa:** 974 247 183
 - **Teruel:** C/ Joaquín Arnau, 22, 4.ª planta - 44001 Teruel. Teléfono **Cita previa:** 978 654 018

Se puede **remitir** acompañándolo de la documentación identificativa correspondiente.

- Por correo postal dirigido a:
Registro de Voluntades Anticipadas,
Departamento de Sanidad
Vía Universitat, 36, 4.ª planta
50017 Zaragoza
- A través de cualquier Registro Público
- A través de: [Registro Electrónico General de la Administración Pública de Aragón](#)

¿LO PUEDE TRAMITAR UNA PERSONA DISTINTA AL OTORGANTE? Sí. De la misma manera que se puede enviar por correo, no es necesaria la presencia ni del otorgante ni testigos ni representantes, **siempre que la persona que entregue el DVA aporte documentos identificativos de todos los firmantes (originales o copias compulsadas).**

OTROS MODELOS DE DVA. Pueden ser válidos otros modelos que confeccione el propio usuario siempre que recojan las voluntades que manifiesta el mismo, vaya firmado por el interesado y dos testigos, y representantes en caso de que los hubiera, y no contengan alusiones contrarias a la legalidad vigente o a la práctica médica.

NOTIFICACIÓN DEL REGISTRO. Una vez registrado, recibirá una notificación en su domicilio en la que se le explica además cómo puede acceder a su documento a través de internet.

¿DÓNDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- En la web www.saludinforma.es en [Voluntades Anticipadas](#) (MENU → Derechos y deberes → Voluntades Anticipadas)
- Por correo electrónico a: rva@aragon.es
- Por teléfono: 976 713 361 / 976 306 841 / 978 623 345 / 974 215 746 / 976 715 781

