

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO DE UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (\*)

Nombre y apellidos de la persona solicitante:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Nº del DNI, pasaporte u otro documento de identidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## SOLICITO

La inscripción en el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana del documento contenido en sobre cerrado adjunto a esta solicitud.

## DECLARO

Conocer que el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana transmitirá el contenido del documento Únicamente al médico o equipo que me preste asistencia sanitaria en el momento en que, por mi *situación*, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona solicitante:

(\*) Nota aclaratoria: para inscribir el documento de voluntades anticipadas en el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana deberá estar en posesión de la tarjeta sanitaria.

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

En virtud del derecho que me reconoce el artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente, sobre Voluntades Anticipadas, yo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, mayor de edad o menor emancipado, con domicilio en \_\_\_\_\_,

C/ \_\_\_\_\_ y nº

del DNI, pasaporte u otro documento de identidad: \_\_\_\_\_,

con SIP nº \_\_\_\_\_ con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis **VOLUNTADES ANTICIPADAS**:

### DECLARO:

Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar 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 avanzada.
- ✚ Daño cerebral severo e irreversible.
- ✚ Demencia severa debida a cualquier causa.
- ✚ Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).
- ✚ Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.
- ✚ Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada. Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- ✚ En cualquier otra similar.

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que mi vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según yo lo entiendo, mi voluntad es que:

1. No sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.
2. Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.
3. Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
4. No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para mi recuperación y prolonguen fútilmente mi vida.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

↓ Donación de órganos y tejidos.

↓ Lugar donde se me atiende en el final de mi vida (domicilio, hospital.....)

↓ Deseo recibir asistencia espiritual

↓ Otras

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE**

Designo mi representante a D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
y DNI nº \_\_\_\_\_ 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 estricta 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 garantizador de mi voluntad expresada en el  
presente documento.

**ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (Opcional)**

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de  
D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su  
atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices  
expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi  
representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien  
represento no pueda expresar ella misma estas directrices y en el caso de que  
no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la  
parte que me afecta.

Nombre y apellidos del representante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante:

## DECLARACIÓN DE LOS 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, de los tres testigos, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

### *Testigo primero*

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

### *Testigo segundo*

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

### *Testigo tercero*

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: