Castilla-La Mancha

ANEXO IV

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

D/Dª				
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 prolongar 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 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.

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

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

Castilla-La Mancha

☐ 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, con el siguiente orden de prelación:

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:

Castilla-La Mancha

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

Firma del otorgante:

Fdo.: .....

(Nombre y apellidos)

Espacio reservado para la diligencia de informatización.