

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTE TESTIGOS

Modelo redactado siguiendo el modelo propuesto en la Ley 6/2005

(RVG - DNI nº 03854843F)

D/D ^a			
con DNI/NIE/Pasaporte		nacido/a el día	de
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:

A) Se tengan en cuenta los **siguientes criterios** que expresan mi esquema personal de valores y que, a saber:

- Que, conforme a mi fe, considero que mi vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no por ello es el valor supremo absoluto.
- Que sé que mi muerte es inevitable, y un día pondrá fin a mi existencia terrena, pero al mismo tiempo creo firmemente que me abrirá la puerta a una vida que no acaba, junto a Dios.
- Que, por todo lo anterior, deseo -y así lo he pedido a Dios durante mi vida- tener en su momento una buena muerte, y que como tal considero aquella en la que concurren las siguientes circunstancias, que enumero en orden personal de prioridad e importancia:

1. Llegar a ese momento en paz con Dios.
2. Tener la oportunidad, en la medida de lo posible, de despedirme conscientemente de mis familiares y seres queridos.
3. Tener una agonía llevadera, contando para ello con cuantos cuidados paliativos estén en ese momento a mi disposición.

Otras:

.....

.....

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

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

Firma de los testigos:
1^{er} Testigo

2^o Testigo

3^{er} Testigo

Firma del otorgante:

B) En cuanto a los **apartados 1 y 2 que acabo de citar, y que en mi caso considero prioritarios** respecto a las actuaciones sanitarias, que más abajo indicaré:

Se me faciliten los cuidados espirituales adecuados a mi situación de salud, según se acostumbra en la fe(confesión religiosa)....., tal como se garantiza en el **art. 16** de la Constitución Española y conforme a lo previsto en la legislación vigente.

Se me facilite la oportunidad de despedirme de mis familiares y seres queridos, como también la de que ellos se despidan de mí, en caso de verme yo privado de consciencia.

C) En cuanto a las **acciones sanitarias sobre mi persona,**

Se me apliquen los tratamientos, tanto terapéuticos como -en su caso- paliativos, indicados en mi específica situación de salud.

En ningún caso se me prive de los cuidados de soporte vital básico (alimentación, hidratación, etc.), salvo cuando estén claramente contraindicados para mi salud.

En ningún caso se me aplique la eutanasia en ninguna de sus formas, incluyendo específicamente las contempladas en la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia*.

No se me someta a pruebas y/o procedimientos diagnósticos ni a tratamientos complementarios si no hay una esperanza fundada de que podrían contribuir a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.

Otras:

.....

.....

D) 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).

Deseo que mis restos mortales sean inhumados.

Otras:

.....

Designo como Representante que deseo se tengan en cuenta,

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

3er Testigo

2º Testigo

Firma de los testigos:
1er Testigo

Firma del otorgante:

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, y con plena capacidad de obrar, declaramos que conocemos al otorgante y que firma este documento en nuestra presencia de forma 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, nº	con domicilio en	
Localidad	Provincia	CP.

Firma 1^{er} testigo:

Testigo segundo

Nombre y apellidos		
DNI, nº	con domicilio en	
Localidad	Provincia	CP.

Firma 2^o testigo:

Testigo tercero

Nombre y apellidos		
DNI, nº	con domicilio en	
Localidad	Provincia	CP.

Firma 3^{er} testigo:

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</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>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

Firma del otorgante:

Firma de los testigos:

1^{er} Testigo

2^o Testigo

3^{er} Testigo

En, a de de

Firma del otorgante:

Espacio reservado

Punto del Registro/Oficina habilitada en

..... código dependencia.....

Identidad del otorgante acreditada:

Personalmente

Mediante poder de representación