

ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

1 DATOS PERSONALES DEL AUTOR DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI
FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	

2 DATOS PERSONALES DEL TESTIGO QUE FIRMA A SU RUEGO (1)	
APELLIDOS Y NOMBRE	DNI

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
<input type="checkbox"/> Declaración de voluntad vital anticipada (Anexo II). <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad del solicitante. <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad del representante y aceptación del mismo, en su caso (Anexo III). <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la personalidad del sustituto del representante y aceptación del mismo, en su caso (Anexo IV). <input type="checkbox"/> En caso de menor emancipado, copia del documento judicial que autorice la emancipación. <input type="checkbox"/> En caso de persona incapacitada judicialmente, resolución judicial de incapacitación.

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud,</p> <p>AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal: Primero.- La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntades vitales anticipadas al profesional médico responsable de su proceso. Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</p> <p>SOLICITO la inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada que se acompaña, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en el Decreto / , de de por el que se regula el citado Registro.</p> <p><input type="checkbox"/> Se solicita la expedición de copia certificada de la Declaración (marcar con "x" en su caso).</p> <p>En a de de EL SOLICITANTE O TESTIGO (1)</p> <p>Fdo.:</p> <p>Ante mí, constatada la personalidad y capacidad del autor. (2)</p> <p>(Sello) EL/LA ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA</p> <p>Fdo.:</p> <p>(1) A cumplimentar en el supuesto de que el autor de la declaración no supiere o no pudiese firmar. (2) Suscribir en los supuestos de presentación de solicitudes en los términos del artículo 4.1 del Decreto citado.</p>

001007

SR/SRA. ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA.
 DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD EN

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante la Viceconsejería de la Consejería de Salud.</p>
--

REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

Yo, D/Dª
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia ,
señalando a efectos de notificaciones el domicilio sito en
Localidad Provincia

MANIFIESTO que tengo conocimiento de que:

La Ley 5/2003, de 9 de octubre, por la que se regula la declaración de voluntad vital anticipada en Andalucía considera esta declaración como el cauce para el ejercicio del derecho de la persona a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de capacidad para consentir por sí misma.

En el marco de esta Ley, se entiende por declaración de voluntad vital anticipada (artículo 2) la manifestación escrita hecha por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.

En ejercicio de este derecho y declarando disponer de la capacidad para otorgar la presente declaración en los términos que prevé el artículo (1) de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.

Con plena capacidad de obrar, tras una serena y adecuada reflexión, y actuando libremente, formalizo, mediante este documento, mi declaración de voluntad vital anticipada, para lo cual

DECLARO

PRIMERO.- CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA

Que para mi proyecto vital y en el marco de mi esquema personal de valores, la calidad de vida es un aspecto muy importante y esta calidad para mí está relacionada con unas capacidades personales que, a modo de ejemplo, podrían relacionarse con (2):

La capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.

Sí No No me pronuncio

La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita cierta autonomía para las actividades propias de la vida diaria.

Sí No No me pronuncio

El hecho de no sufrir dolor intenso e invalidante que deteriore mi capacidad de relacionarme con los demás.

Sí No No me pronuncio

Mi preferencia por mantener una buena calidad de vida aunque eso suponga un acortamiento de mi vida.

Sí No No me pronuncio

Mi preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones ya irreversibles si no se dan unos mínimos definidos por los puntos anteriores de este apartado.

Sí No No me pronuncio

Otras (especificar si se desea).

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

001007/A02

SEGUNDO.- SITUACIONES SANITARIAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO

Si en cualquier momento de mi vida futura y como consecuencia de un alto grado de deterioro físico y mental, me encuentro en una situación que me impide absolutamente tomar decisiones sobre mi cuidado sanitario y sobre los tratamientos y/o técnicas de soporte vital que se me fuesen a aplicar, provocado por cualquiera de las causas que a continuación se enuncian (2):

Daño cerebral severo e irreversible (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).

Sí No No me pronuncio

Enfermedad en fase muy avanzada y/o terminal, ya sea por cáncer diseminado en fase avanzada, por enfermedad degenerativa del sistema nervioso o neuromuscular en fase avanzada que no responde al tratamiento y que impide mi movilidad y mi capacidad de relación.

Sí No No me pronuncio

Demencia de causa degenerativa avanzada, grave e irreversible.

Sí No No me pronuncio

Otras enfermedades o situaciones graves e irreversibles, comparables a las anteriores, que afecten plenamente a mi calidad de vida.

Sí No No me pronuncio

Otras situaciones (especificar si se desea).

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

Y cuando, según el estado de la ciencia, no haya expectativas de recuperación sin que se produzcan secuelas que me impidan una vida digna, según yo la entiendo, y compatible con lo que he expresado en el apartado primero de esta declaración.

TERCERO.- INSTRUCCIONES QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA EN CUANTO A LAS ACTUACIONES SANITARIAS SOBRE MI PERSONA

Mi voluntad, en los supuestos contemplados en el apartado segundo de esta declaración, es la siguiente (2):

Deseo que no me sea aplicada ninguna de las medidas de soporte vital, reanimación o cualquier otra con el fin de prolongar mi supervivencia.

Sí No No me pronuncio

Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar al máximo el dolor, sufrimiento o angustia extrema, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.

Sí No No me pronuncio

No deseo recibir ningún tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad o no esté dirigida específicamente a aliviar mi dolor y/o sufrimiento.

Sí No No me pronuncio

Deseo que 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, siempre que las técnicas que me tengan que aplicar no le afecten negativamente.

Sí No No me pronuncio

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el trance final de mi vida si ellos así lo manifestaran.

Sí No No me pronuncio

Deseo que se me garantice, sin perjuicio de lo anterior, la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.

Sí No No me pronuncio

Otras (especificar si se desea).

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

001007/A02

CUARTO.- INSTRUCCIONES UNA VEZ DETERMINADA MI MUERTE (2):

Deseo donar mis órganos para trasplantes en beneficio de otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente

Sí No No me pronuncio

Deseo donar el resto de mi cuerpo para la investigación o para la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legislación vigente.

Sí No No me pronuncio

QUINTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.2 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, designo como mi representante, para que me sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que éste proceda, a:

D/Dª
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia

Con las siguientes limitaciones (especificar si se desea).

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

Deseo, asimismo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, designar como representante sustituto de éste, con las mismas atribuciones y limitaciones, a:

D/Dª
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia

SEXTO.- CONSIDERACIONES FINALES

Por último, quiero dejar constancia de que esta declaración ha sido realizada libre y serenamente, con plena capacidad de obrar y con pleno conocimiento de los términos que aquí se expresan y que ésta es mi voluntad firme llegado el caso de tener que consultarse este documento para hacerlo efectivo.

Deseo expresar, finalmente, las siguientes consideraciones (cumplimentar si se desea).

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

001007/A02

LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO (3):

En
a de de

Firma y rúbrica (4):

Fdo.:

(1) En este apartado caben consignarse dos alternativas:

- a) "Artículo 4.1". Deberá consignarse en caso de tratarse de mayores de edad o menores emancipados.
- b) "Artículo 4.2". Se consignará cuando se trate de incapacitados judicialmente que gocen de las facultades intelectivas y volitivas adecuadas, salvo que la resolución judicial de incapacitación determine otra cosa.

(2) Marcar con "X".

(3) Consignar la fecha con letra.

(4) El documento deberá ir firmado al final y rubricado en todas y cada una de sus hojas.

ANEXO III

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

D/Dª

con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en

Localidad Provincia CP

Teléfonos de contacto FAX

Correo electrónico

Acepto representar a :

D/Dª

con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en

Localidad Provincia

en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos que proceda, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.2 de la Ley 5/2003 de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.

LUGAR Y FECHA (1):

En

a de de

Firma y rúbrica:

Fdo.:

(1) Consignar la fecha con letra.

ANEXO IV

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

ACEPTACIÓN DEL SUSTITUTO DEL REPRESENTANTE

D/Dª
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia CP
Teléfonos de contacto FAX
Correo electrónico

Acepto sustituir a :

D/Dª
con DNI nº

LUGAR Y FECHA (1):

En
a de de

Firma y rúbrica:

Fdo.:

(1) Consignar la fecha con letra.