**DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**

**Propuesto por D. Ángel Olmos**

**A.-ENCABEZAMIENTO CON DATOS DEL SOLICITANTE.-**

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 del Paciente, sobre Voluntades Anticipadas, yo, DON/DOÑA …...., mayor de edad, con domicilio en …….. y D.N.I. número ……. Con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, *considerando que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no el valor supremo y absoluto; sabiendo que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero creyendo que me abre el camino a la vida que no se acaba junto a Dios,* realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis VOLUNTADES ANTICIPADAS:

**B.- DECLARACION.-**

DECLARO: Si en un futuro debido a mi enfermedad llegara a estar incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, *por estar en situación crítica irrecuperable, ES MI VOLUNTAD:*

*1.- Que NO se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados.-*

*2.- Que NO se me aplique la eutanasia (ningún acto u omisión que por su naturaleza y en su intención me cause la muerte)*

*3.- Que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.*

**C.- OTRAS INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA.-**

 \* *Pido ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana, también por medio de los sacramentos*

\* (Opcional) Deseo donar mis órganos para trasplante (y/o investigación).

\* (Opcional) Deseo que el lugar donde quiero que se me atienda en el final de mi vida sea: (mi domicilio, el hospital, .. ..)

\* OTRAS .. .. (Que sean acordes *con nuestra Fe* y con la buena práctica médica)

Nombre y apellidos del otorgante: DON/DOÑA .. ..

Fecha: En .. .. .. a .. .. de .. .. .. .. del .. .. ..

Firma del otorgante: .. .. .. ..

D.N.I del otorgante.: .. ..

**C.- NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE (Opcional pero muy aconsejable).-**

Designo mi representante a DON/DOÑA .. .. .. con domicilio en.. .. calle.. .., teléfonos .. .. y D.N.I. número .. .. 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.

**D.- ACEPTACION DEL REPRESENTANTE.-**

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de DON/DOÑA .. .. en el caso de que éste no pueda expresar sus deseos con respecto a su situación 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 la que 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: DON/DOÑA .. ..

D.N.I. del representante: .. ..

 Firma del representante: .. .. .. .. ..

 Fecha: En .. .. .. a .. .. de.. .. .. .. .. .. del.. .. ..

**E.- DECLARACION DE LOS TESTIGOS.-**

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas (DON/DOÑA .. .. ..) lo ha hecho plenamente 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 familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

TESTIGO PRIMERO:

Nombre y apellidos: DON/DOÑA .. .. ..

D.N.I. número .. .. –

Dirección: .. .. .. Calle … .. CP .. ..

Firma: .. .. .. ..

Fecha: .. .. .. a …. .. ..de …. .. .. .. .. del .. .. ..

TESTIGO SEGUNDO:

Nombre y apellidos: DON/DOÑA .. .. ..

D.N.I. número .. .. –

Dirección: .. .. .. Calle … .. CP .. ..

Firma: .. .. .. ..

Fecha: .. .. .. a …. .. ..de …. .. .. .. .. del .. .. ..

TESTIGO TERCERO:

Nombre y apellidos: DON/DOÑA .. .. ..

D.N.I. número .. .. –

Dirección: .. .. .. Calle … .. CP .. ..

Firma: .. .. .. ..

Fecha: .. .. .. a …. .. ..de …. .. .. .. .. del .. .. ..

Los restantes modelos de “Solicitud de inscripción en el Registro”, “Revocación de DVA” “Inscripción de Revocación” son aconsejables y útiles.