

I.- DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.-

Modelo propuesto por Mesa por la Vida de la Diócesis Segorbe-Castellón.-

A.-ENCABEZAMIENTO CON DATOS DEL SOLICITANTE.-

APELLIDOS Y NOMBRE

NIF/NIE O PASAPORTE

SIP

DOMICILIO (Calle/Plaza, número y puerta)

CP

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELEFONOS

CORREO ELECTRONICO.

B.- DECLARACION.-

Acogiéndome a los derechos que me reconoce la normativa actual vigente, en especial la Ley 16/2018 de 28 de junio de la Generalitat DECLARO que *si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre y que sea respetada como VOLUNTADES ANTICIPADAS O INSTRUCCIONES PREVIAS. Manifiesto que tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este*

acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba junto a Dios.

Por todo ello, para cuando llegue el momento, expreso las SIGUIENTES VOLUNTADES ANICIPADAS:

Pido que si llegara a padecer una enfermedad grave e incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o cualquier otra situación crítica:

- Que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento.*
- Que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el "suicidio asistido".*
- Que no se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.*

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

** Pido ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico y que se me administren los sacramentos pertinentes. Deseo poder prepararme para este acontecimiento en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.*

* (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, residencia geriátrica ...)

* OTRAS (Que sean acordes *con nuestra Fe* y con la buena práctica médica, ejemplo: En caso de estar embarazada, pido que se respete la vida de mi hijo/a)

Nombre y apellidos del otorgante: DON/DOÑA

Fecha: En a de del

Firma del otorgante:

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

Designo mi representante a la persona cuyos datos constan en el apartado “datos de la persona representante” 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.

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE :

APELLIDOS Y NOMBRE

NIF/NIE O PASAPORTE

SIP

DOMICILIO (Calle/Plaza, número y puerta)

CP

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELEFONOS

CORREO ELECTRONICO

DON/DOÑA con domicilio en.. .. calle.. .., teléfonos y
D.N.I. número

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.-

Las personas abajo firmantes, mayores de edad, manifiestan que el/la declarante 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 , al menos una de ellas manifiesta no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con el/la declarante de este documento, según lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

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: ade del

II.- SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL OTORGAMIENTO DE UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.-

- Nombre y apellidos del solicitante: DON/DOÑA (puede ser solicitante: el otorgante, cualquiera de los testigos o el representante designado)
- Número de su D.N.I.
- Dirección.. . . . Código postal
- Municipio
- Teléfono:

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 y firma del solicitante: En ... a de del

Firma

III.- DECLARACION DE LA VERACIDAD DE DATOS.-

- Nombre y apellidos de la persona solicitante: DON/DOÑA ..
....
- Número del D.N.I. del solicitante:

DECLARO que al menos UNO de los testigos ante los que formalizo el documento de Voluntades anticipadas no está ligado conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

Lugar, fecha y firma del solicitante.

IV.- Documentos a acompañar al Documento de Voluntades Anticipadas (Modelo I.- en sobre cerrado) para su inscripción en el Registro Centralizado de Voluntades anticipadas.-

- Solicitud de inscripción (Modelo II).-
- Fotocopia D.N.I. del otorgante.-
- Fotocopias de los D.N.I. de los DOS testigos.-
- Declaración de veracidad de datos (Modelo III).-
- Fotocopia del D.N.I. del representante.-

V.- Puntos de Registro autorizados en Castellón.

- Servicios de Atención e Información del Paciente (SAIPs) de todos los hospitales públicos de la Provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad Plaza Hort dels Corders, 12. 12001. Castelló de la Plana.-

