



### DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
con DNI nº \_\_\_\_\_, nacido/a en \_\_\_\_\_  
el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 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:**<sup>1</sup>

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.
- 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 o cualquier otra que intenten 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, aun que 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.
- 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.

Firma del otorgante:

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



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.

D) **Otras instrucciones** que deseo se tengan en cuenta,

▪ Deseo que al final de mi vida se me atienda en:

Mi domicilio

El hospital

▪ Otras instrucciones: .....

.....  
.....

**NOMBRE como representante a**

D/D<sup>a</sup> ..... con DNI nº .....

y con domicilio en .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfonos de contacto .....

Correo electrónico .....

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 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 20 .....

Fdo.: .....

El documento deberá ir firmado y rubricado en todas y cada una de sus hojas.



**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS<sup>2</sup>**

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas 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 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. .... Fecha .....  
Firma: .....

**Testigo segundo**

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

**Testigo tercero**

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

**DECLARACIÓN DEL FUNCIONARIO<sup>3</sup>**

Ante mí, constatada la personalidad y capacidad del autor.

EL FUNCIONARIO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA LA MANCHA

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

Sello

Fdo.: .....

(Nombre y apellidos)

Espacio reservado para la etiqueta identificativa.

Sello y firma del funcionario del Registro

<sup>2</sup> Cumplimentar sólo en el caso en que la declaración haya sido realizada ante testigos.

<sup>3</sup> Cumplimentar sólo en el caso en que la declaración haya sido realizada ante el funcionario del Registro.

Firma del otorgante: