

A DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/NIE o PASAPORTE	SIP
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO	

B DECLARACIÓN

He elaborado este documento en plenitud de mis facultades y libremente, acogiéndome a los derechos que me reconoce la normativa actual vigente, en especial 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.

DECLARO que: si en un futuro no soy capaz de tomar decisiones sobre los cuidados de mi salud como consecuencia del deterioro físico y/o mental por cualquier causa, que impida una vida acorde a mis valores y sin expectativas de supervivencia según la ciencia médica, quiero que se tengan en cuenta mis deseos. Por ello, para cuando llegue el momento de finalizar la vida, expreso las siguientes voluntades anticipadas:

- Que no se inicien o bien se retiren, si ya han empezado a aplicarse, las medidas de soporte vital invasivas o cualquier otra cuya finalidad sea únicamente prolongar mi vida.
- Que se me administren los fármacos que sean necesarios para el control de cualquier síntoma que pueda causar dolor, sufrimiento, padecimiento o malestar y que me proporcionen un digno final de mi vida.
- Que si el personal que me asista se declare contrario a los supuestos anteriores, quiero que mi voluntad esté garantizada y recibir atención por personal sanitario respetuoso con mis deseos.
- Instrucciones adicionales:
 - o Donación de órganos: SI NO
 - o Donación del cuerpo a la ciencia: SI NO
 - o Lugar donde desea ser atendido: Domicilio Hospital Residencia geriátrica
- Asistencia Espiritual: SI NO

En caso afirmativo señale de qué tipo:

- Otras instrucciones: Pido que, si llegara a sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento, y que no se me aplique la prestación de ayuda para morir en ninguna de sus formas, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte. Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

En _____, a ____ de _____ de _____

La persona declarante

Firma: _____

C NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE Y ACEPTACIÓN

Designo como mi representante a la persona cuyos datos se recogen 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 mis voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de su contenido. Esta persona deberá ser considerada la interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de mi asistencia.

Acepto la representación.

En _____, a _____, de _____ de _____

La persona representante

Firma: _____

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de primero de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte del representante, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de identidad de éste.

En caso de oponerse al hecho de que el órgano gestor obtenga directamente esta información, tendrá que manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

- Me opongo a la obtención de los datos de identidad del representante.

Motivo de oposición: _____

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/NIE o PASAPORTE	SIP
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO	

D MANIFESTACIÓN DE LOS TESTIGOS

Las personas abajo firmantes, mayores de edad, manifiestan que el/la declarante que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayan 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.

En _____, a _____, de _____ de _____

En _____, a _____, de _____ de _____

Firma: _____

Firma: _____

NIF/NIE:

NIF/NIE:

NOMBRE:

NOMBRE:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de primero de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte los testigos, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de identidad de éstos.

En caso de oponerse al hecho de que el órgano gestor obtenga directamente esta información, tendrán que manifestarlo a continuación, quedando obligados a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

 Me opongo a la obtención de los datos de identidad del testigo

 Me opongo a la obtención de los datos de identidad del testigo

Motivo de oposición: _____

Motivo de oposición: _____

E SOLICITUD

El abajo firmante solicita la inscripción en el Registro de Voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP).

En _____, a _____, de _____ de _____

La persona declarante

Firma: _____

REGISTRO DE ENTRADA

FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

F INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nombre de la actividad de tratamiento: REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Finalidad del tratamiento: Registro de las voluntades anticipadas de la ciudadanía que puede ser consultado desde cualquier punto de la red asistencial, cuando sea necesario para tomar una decisión respecto a la persona declarante y esta no pueda manifestar su voluntad.

Identidad del responsable del tratamiento: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Legitimación: El tratamiento de los datos es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento, y para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. La persona interesada da su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varias finalidades específicas. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente. Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana. Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana. Y otra legislación vigente en materia sanitaria.

Derechos de las personas interesadas: Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Más información: Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es.