

## DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro.

(\*) Campos obligatorios

### DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido: *	Segundo apellido:	Nombre: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de tarjeta sanitaria:	Sexo:	N.I.F / N.I.E.: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:	Fax:	Tipo de vía:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de vía: *	Nº: *	Bloque:	Esc:	Piso:	Puerta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento: *	Lugar de nacimiento: *	Nacionalidad: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Provincia: *	Municipio: *	Código postal: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### TESTIGO NÚMERO UNO

Primer apellido: *	Segundo apellido:	Nombre: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de tarjeta sanitaria:	Sexo:	N.I.F / N.I.E.: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:	Fax:	Tipo de vía:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de vía:	Nº:	Bloque:	Esc:	Piso:	Puerta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento: *	Lugar de nacimiento: *	Nacionalidad: *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Provincia:	Municipio:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### TESTIGO NÚMERO DOS

Primer apellido: *	Segundo apellido:	Nombre: *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Número de tarjeta sanitaria:	Sexo:	N.I.F / N.I.E.: *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:	Fax:	Tipo de vía:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de vía:	Nº:	Bloque:	Esc:	Piso:	Puerta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento: *	Lugar de nacimiento: *	Nacionalidad: *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Provincia:	Municipio:	Código postal:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

### TESTIGO NÚMERO TRES

Primer apellido: *	Segundo apellido:	Nombre: *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Número de tarjeta sanitaria:	Sexo:	N.I.F / N.I.E.: *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:	Fax:	Tipo de vía:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de vía:	Nº:	Bloque:	Esc:	Piso:	Puerta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento: *	Lugar de nacimiento: *	Nacionalidad: *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Provincia:	Municipio:	Código postal:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**EXPONE**

**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 datos de carácter personal contenidos en el documento de manifestación anticipada de voluntad al profesional 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.

Segundo: La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

En.....a.

Firma y rúbrica del solicitante

Firma y rúbrica del testigo número uno

Firma y rúbrica del testigo número dos

Firma y rúbrica del testigo número tres

**Información importante:**

**Testigos:** Los testigos serán personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por razón de matrimonio o relación análoga, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación laboral, patrimonial o de servicios.

Se deberán compulsar los documentos de identificación de los testigos y del solicitante y adjuntarlos en un archivo independiente.

**Comunicación al solicitante:**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales obtenidos mediante el presente formulario se incorporarán para su tratamiento en un fichero automatizado. La recogida y tratamiento de estos datos se adaptará a lo previsto en dicha Ley y sólo con la finalidad de garantizar el derecho del otorgante a manifestar anticipadamente su voluntad en el ámbito sanitario en las circunstancias previstas en el Decreto que las regula.

Para más información

Avenida Juan XXIII, nº 17, 5ª planta,  
35004-Las Palmas de Gran Canaria

Rambla Santa Cruz, nº 53  
38006 - Santa Cruz de Tenerife



Teléfono de Información del Gobierno de Canarias 012

<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad>