

MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD

*Campos obligatorios

DATOS PERSONALES DEL OTORGANTE DE LA MANIFESTACIÓN

DNI/NIE/Pasaporte*		Nombre*	
Primer apellido*		Segundo apellido	
Sexo		Número de la tarjeta sanitaria	
Tipo de vía*		Nombre vía*	
Nº*	Bloque	Piso	Puerta
	Escalera	Provincia*	
Municipio*		Teléfono fijo	
Código postal*		Fax	
Teléfono móvil		Nacionalidad*	
Correo electrónico		Lugar de nacimiento	
Fecha de nacimiento			

MANIFIESTO ser mayor de edad y ostentar plena capacidad legal para otorgar el presente documento, que formalizo de una manera libre y reflexiva, después de informarme sobre su contenido y consecuencias.

DECLARO*

Si en un futuro me encuentro en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad de manera libre, personal, actual, consciente e informada, es mi voluntad que se tengan en cuenta los siguientes criterios, emitidos libremente, sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud o, una vez fallecido, sobre el destino de mi cuerpo y de mis órganos o tejidos.

Deseo que no se prolongue mi vida en el caso de una situación incurable o irreversible	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
	<input type="checkbox"/> No me manifiesto

Deseo la asistencia necesaria para procurar un digno final a mi vida, con el máximo ahorro del dolor, (incluso si ello pudiera acelerar mi muerte).	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
	<input type="checkbox"/> No me manifiesto

Deseo manifestar mi preferencia por el lugar donde quiero que se me atienda en el final de mi vida, siempre que las circunstancias económicas, personales o familiares lo permitan, y sea autorizado por el personal sanitario correspondiente:

Domicilio

Describe la dirección del lugar seleccionado:

Centro sanitario

Otro

No me manifiesto

*(señalar con una cruz en el recuadro la opción elegida)

2. Instrucciones de actuaciones sanitarias

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sean aplicadas medidas de reanimación cardiopulmonar

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sean aplicadas técnicas de soporte vital, tales como ventilación mecánica, diálisis, soporte cardiorrespiratorio o fármacos

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sea suministrada alimentación o hidratación artificial

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar al máximo el dolor, el sufrimiento o la angustia extrema, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no se me apliquen tratamientos o terapias que no hayan demostrado efectividad para el tratamiento de dicha enfermedad

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no se me apliquen tratamientos que no estén dirigidos específicamente a curar o aliviar mi dolor o sufrimiento

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo que en caso de embarazo no se me apliquen técnicas que pudieran afectar negativamente al feto, a su vida, o alteren las condiciones de viabilidad de su nacimiento, prevaleciendo esta manifestación frente a cualquier otra contenida en este documento

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Deseo ser receptor de órganos o tejidos

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

En caso de enfermedad incurable o irreversible deseo que no se me realicen transfusiones sanguíneas

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No me manifiesto

Otros:

3. Instrucciones post mortem

Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantes en beneficio de otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente

- Sí
 No
 No me manifiesto

Deseo donar el resto de mi cuerpo para la investigación o para la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legislación vigente

- Sí
 No
 No me manifiesto

Deseo que mi cuerpo sea incinerado

- Sí
 No
 No me manifiesto

Otros:

4. Indicaciones éticas, morales o religiosas

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el momento final de mi vida si ellos así lo manifiestan

- Sí
 No
 No me manifiesto

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

De acuerdo con lo regulado en el artículo 3.1, a) del Decreto 13/2006, de 8 de febrero, designo como mi representante para que actúe como interlocutor de mi voluntad final ante el personal sanitario a la(s) persona(s) cuyos datos constan en el documento anexo al presente. La designación del representante es optativa, no hay un número límite aunque se aconseja un mínimo de dos.

INCORPORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO A LA HISTORIA CLÍNICA

He sido advertido por el funcionario encargado del Registro:

- Que la incorporación de la presente declaración a la historia clínica tiene carácter voluntario y, en su caso, ha de ser entregada por el otorgante en sus centros asistenciales de referencia.
- Que la incorporación del documento a la historia clínica determinará que su conservación, tratamiento y acceso venga regulado por la normativa específica de los documentos que integran la historia clínica y por el personal autorizado para ello, siendo confidencial su contenido.

El personal médico que, en los supuestos previstos en el 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 Registro correspondiente, consultara la manifestación anticipada de voluntad podrá incorporarla a la historia clínica del paciente, como documento justificativo del acto médico correspondiente.

ADVERTENCIA DE LEGALIDAD

El funcionario encargado del Registro de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad de la Comunidad Autónoma de Canarias formula la advertencia de legalidad con la manifestación del otorgante siguiente:

"4.3. No se tendrán en cuenta las manifestaciones anticipadas de voluntad que vulneren el ordenamiento jurídico, la lex artis o no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que se hubiera previsto al otorgarlas."

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:

- La cesión de datos de carácter personal contenidos en el documento de manifestación anticipada de voluntad al profesional médico, equipo que me preste asistencia sanitaria o personal facultativo del servicio de urgencias 112, en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.
- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Todas las hojas deberán ser firmadas por el otorgante y los tres testigos

En*

Firma y rúbrica del otorgante

Firma y rúbrica del funcionario encargado del Registro o de los tres testigos según el caso

Comunicación al otorgante

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.