



ANEXO III

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTE TESTIGOS

D/D <sup>a</sup>			
con DNI/NIE/Pasaporte	nacido/a el día	de	de
en la localidad 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 soportar la vida por sí misma cuando la situación es ya irreversible.
- Mi preferencia porque al final de mi vida se me atienda en mi domicilio

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 respiración asistida o cualquier otra que solo esté dirigida a 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 dolor, sufrimiento o angustia extrema, aunque 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.

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

NOTA: Los profesionales sanitarios deben comprobar si este documento es el último inscrito, consultando el Registro Informatizado (RDVA), donde también podrán comprobar si los datos de contacto del representante han sido modificados

Firma de los testigos: 3er Testigo, 2o Testigo, 1er Testigo, Firma del otorgante:



# Castilla-La Mancha

- No deseo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.
- 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.
- Otras actuaciones sanitarias (utilizar, si es preciso, hojas numeradas y firmadas al final de este documento).....  
.....  
.....  
.....

3er Testigo

### 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 (corresponde al otorgante dar a conocer este deseo entre sus familiares, allegados o el personal del centro sanitario para que, llegado el momento, lo comuniquen a la universidad a la que se haya efectuado la donación).

2o Testigo

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

.....  
.....  
.....

### Designo como Representante/s que deseo se tengan en cuenta,

#### Primero

D/Dª		
con DNI/NIE/Pasaporte		con domicilio en
Localidad	Provincia	CP.
Teléfonos de contacto		Correo electrónico

#### Segundo

D/Dª		
con DNI/NIE/Pasaporte		con domicilio en
Localidad	Provincia	CP.
Teléfonos de contacto		Correo electrónico

#### Tercero

D/Dª		
con DNI/NIE/Pasaporte		con domicilio en
Localidad	Provincia	CP.
Teléfonos de contacto		Correo electrónico

para que realicen 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 .....

Firma de los testigos:

1er Testigo

Firma del otorgante:



**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS**

Los abajo firmantes, mayores de edad, y con plena capacidad de obrar, declaramos que conocemos al otorgante y que firma este documento en nuestra presencia de forma 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.

Firma 1<sup>er</sup> testigo:

**Testigo segundo**

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

Firma 2<sup>o</sup> testigo:

**Testigo tercero**

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

Firma 3<sup>er</sup> testigo:

<b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y facilitar el acceso a la información en él contenida al personal sanitario responsable del proceso asistencial del paciente que hubiera realizado la declaración de voluntades anticipadas</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de una obligación legal (Ley 6/2005 de 7 de julio sobre la declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

Firma del otorgante: .....



# Castilla-La Mancha

## Firma de los testigos:

1<sup>er</sup> Testigo

2<sup>o</sup> Testigo

3<sup>er</sup> Testigo

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

Firma del otorgante: .....

Espacio reservado

Punto del Registro/Oficina habilitada en .....  
..... código dependencia.....

Identidad del otorgante acreditada:

Personalmente       Mediante poder de representación

