

REGISTRO DE MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE
VOLUNTAD EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CANARIAS.

MANIFESTACIONES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD ANTE
TESTIGOS.

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL OTORGANTE

Nombre:.....**Apellidos:**.....
DNI, NIE, Pasaporte:..... **Sexo:**.....
Numero de tarjeta sanitaria:.....
Dirección:
Población:..... **C.P.:**..... **Teléfono:**.....
Correo electrónico:.....

1.2 DEL TESTIGO NUMERO UNO

Nombre:.....**Apellidos:**.....
DNI, NIE, Pasaporte:..... **Sexo:**.....
Numero de tarjeta sanitaria:.....
Dirección:
Población:..... **C.P.:**..... **Teléfono:**.....
Correo electrónico:.....

1.3 DEL TESTIGO NUMERO DOS

Nombre:.....**Apellidos:**.....
DNI, NIE, Pasaporte:..... **Sexo:**.....
Numero de tarjeta sanitaria:.....
Dirección:
Población:..... **C.P.:**..... **Teléfono:**.....
Correo electrónico:.....

1.4 DEL TESTIGO NUMERO TRES

Nombre:.....**Apellidos:**.....
DNI, NIE, Pasaporte:..... **Sexo:**.....
Numero de tarjeta sanitaria:.....
Dirección:
Población:..... **C.P.:**..... **Teléfono:**.....
Correo electrónico:.....



2 MANIFESTACIÓN LEGAL DE MAYORIA Y CAPACIDAD.

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.

3 CONTENIDO.

El presente documento contiene mis instrucciones, emitidas libremente, sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud o, una vez fallecido, el destino de mi cuerpo y de mis órganos o tejidos, que deberán tenerse en cuenta cuando me encuentre en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad de manera libre, personal, actual, consciente e informada.

3.1 CRITERIOS.

- Deseo que no se prolongue mi vida en el caso de una situación incurable o irreversible. **SI / NO/ 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. **SI / NO/ 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.....
Centro sanitario.....
Otro.....

3.2 INSTRUCCIONES DE ACTUACIONES SANITARIAS.

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sean aplicadas medidas de reanimación cardiopulmonar. **SI / NO/ 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. **SI / NO/ NO ME MANIFIESTO**

Deseo que en caso de enfermedad incurable o irreversible no me sea suministrada alimentación o hidratación artificial. **SI / NO / 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. **SI / NO / 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

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. **SI / NO / NO ME MANIFIESTO.**

Deseo que en caso de embarazo no se me apliquen técnicas que pudieran afectar negativamente al feto, a su vida ni alteren las condiciones de viabilidad de su nacimiento, prevaleciendo esta manifestación frente a cualquier otra contenida en este documento. **SI / NO / NO ME MANIFIESTO**

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el momento final de mi vida si ellos así lo manifiestan **SI / NO / NO ME MANIFIESTO.**

Deseo ser receptor de órganos o tejidos. **SI / NO / NO ME MANIFIESTO**

En caso de enfermedad incurable o irreversible deseo que no se me realicen transfusiones sanguíneas. **SI / NO / NO ME MANIFIESTO**

Otros.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.3 INSTRUCCIONES POST MORTEM.

Deseo donar mis órganos y tejidos para trasplantes en beneficio de otras personas que los necesitaran conforme a lo previsto en la legislación vigente **SI / 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 **SI / NO / NO ME MANIFIESTO**

Deseo que mi cuerpo sea incinerado **SI / NO / NO ME MANIFIESTO**

Otras.....
.....
.....
.....



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. **SI / NO / NO ME MANIFIESTO**

Otras.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (S).

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

6. INCORPORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO A LA HISTORIA CLÍNICA.

He sido advertido por el funcionario encargado del Registro:

- a) 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.
- b) 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.



7. CESIÓN DE DATOS, LUGAR, FECHA Y FIRMAS DEL OTORGANTE Y DE LOS TESTIGOS.

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

- a) 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,
- b) La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.

En..... a.....de.....de 200...

Firma y rúbrica del otorgante

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 consaguinidad o afinidad o relación laboral, patrimonial o de servicios.

Protección de datos: 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.