

JUNTA DE ANDALUCÍA

ANVERSO (Hoja 1 de 1)

ANEXO I

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA OTORGANTE DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIE/PASAPORTE Nº
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	DOMICILIO	
LOCALIDAD		PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (Sólo si es distinto del anterior)			
LOCALIDAD		PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Declaración de voluntad vital anticipada. (Anexo II) <input type="checkbox"/> Aceptación de la persona representante y, en su caso, documento acreditativo de su personalidad. (Anexo III) <input type="checkbox"/> Aceptación de la persona sustituta del representante, y en su caso, documento acreditativo de su personalidad. (Anexo IV) <input type="checkbox"/> En caso de persona menor de edad emancipada, documento que acredite la emancipación. <input type="checkbox"/> En caso de persona incapacitada judicialmente, resolución judicial de incapacitación.

3 EN CASO DE QUE LA PERSONA OTORGANTE NO PUEDA FIRMAR (1)	
Identificación de la persona que ejerce de testigo que firma a su ruego	
APELLIDOS Y NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DNI / PASAPORTE	
FIRMA	

4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.</p> <p>AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:</p> <p>Primero.- La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntad vital anticipada a los/las profesionales sanitarios/as implicados/as en mi proceso asistencial.</p> <p>Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</p>

0 0 1 0 0 7 / 2 D

4	DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)
<p>SOLICITO la inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada que se acompaña, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, y en sus desarrollos reglamentarios.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">SOLICITANTE O TESTIGO (1)</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p> <p>Ante mí, constatada la personalidad y capacidad de la persona otorgante</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA (Sello)</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p> <p>(1) A cumplimentar en el supuesto de que la persona otorgante de la declaración no supiere o no pudiese firmar.</p>	

RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

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, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANVERSO (Hoja 1 de 3)

ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

Yo, D/Dª: con D.N.I./NIE PASAPORTE Nº:

NUHSA Nº

Fecha de Inscripción:

MANIFIESTO

Que mediante esta Declaración de Voluntad Vital Anticipada expreso los **valores y preferencias** que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba **en el caso de que no pueda expresar personalmente mi voluntad.**

DECLARO

PRIMERO.- VALORES VITALES QUE SE HAN DE TENER EN CUENTA Y QUE SUSTENTAN MIS DECISIONES Y PREFERENCIAS

Deseo que las personas que tengan que tomar decisiones sanitarias en mi lugar cuando me encuentre en una situación clínica que me impida expresar personalmente mi voluntad, tengan en cuenta los siguientes valores:

001007 / 2 / A02D

SEGUNDO.- SITUACIONES CLÍNICAS EN LAS QUE QUIERO QUE SE APLIQUE ESTE DOCUMENTO

Este documento ha de tenerse en cuenta en aquellas situaciones clínicas en las que no haya expectativa de recuperación, que me produzcan un gran deterioro físico o mental o que sean incompatibles con las instrucciones y valores expresados en esta Declaración.

A continuación incluyo algunas situaciones clínicas concretas en las que deseo se aplique este documento.



001007/2/A02D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

TERCERO.- INDICACIONES SOBRE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES SANITARIAS

Teniendo en cuenta lo que expreso en los apartados primero y segundo de esta Declaración, mi voluntad sobre las siguientes actuaciones sanitarias, siempre que estén clínicamente indicadas, es:

- Transfusión de sangre

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Alimentación mediante nutrición parenteral (sueros nutritivos por vía venosa)

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Alimentación mediante tubo de gastrostomía (tubo que se coloca directamente en el estómago)

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Alimentación mediante sonda nasogástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago)

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Hidratación con sueros por vía venosa

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Técnicas de depuración extrarrenal

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Respirador artificial

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Reanimación cardiopulmonar

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

- Sedación paliativa

Deseo recibirlo No deseo recibirlo No me pronuncio

Otras actuaciones sanitarias sobre las que deseo expresar mis instrucciones, siempre que dichas actuaciones sanitarias estén clínicamente indicadas:

001007/2/A02D

CUARTO.- DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Acepto que me puedan aplicar los procedimientos para la certificación de la muerte y para mantener viables los órganos hasta su extracción. Mi voluntad en relación con la donación de órganos y tejidos de mi cuerpo es:

- Donar los órganos

 Sí No No me pronuncio

- Donar los tejidos

 Sí No No me pronuncio

Consideraciones respecto a la donación de órganos y tejidos:

QUINTO.- OTRAS CONSIDERACIONES Y PREFERENCIAS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA

Finalmente, deseo que en las decisiones sanitarias que me afecten se tenga en cuenta lo siguiente:

001007/2/A02D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

SEXTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:

Deseo nombra a ... como persona que actúe como mi representante que vele para que se cumplan mis deseos en las situaciones clínicas incluidas en esta Declaración y decida, teniendo en cuenta mis valores vitales, en aquellas situaciones que no se contemplan en ella de forma explícita.

D/D*: ... con DNI/NIE PASAPORTE N° ... nacido/a el día ... de ... de ... sexo [] H [] M , con domicilio en ... Localidad ... Provincia ... Código Postal ...

Deseo, asimismo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, designar como persona sustituta de mi representante, con las mismas atribuciones y limitaciones, a :

D/D*: ... con DNI/NIE PASAPORTE N° ... nacido/a el día ... de ... de ... sexo [] H [] M , con domicilio en ... Localidad ... Provincia ... Código Postal ...

Además deseo expresar lo siguiente en relación a las funciones de mi representante y de la persona que le sustituya:

[Empty box for additional information]

SEPTIMO.- LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO

En ... a (1) ... de ... de ... Firma y rúbrica (2)

001007/2/A02D

Fdo.:

(1) Consignar la fecha con letra (2) El documento deberá ir firmado y rubricado en todas y cada una de sus hojas.

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, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO III

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
Localidad Provincia Código Postal
País Teléfonos de contacto
Correo electrónico

Acepto representar a:

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
nacido/a el día de de sexo H M , con domicilio en
Localidad Provincia Código Postal
País Teléfonos de contacto
Correo electrónico

Consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad.

No consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad y aporte fotocopia autenticada del DNI /NIE

Asumo que mis funciones son:

- Buscar siempre el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represento.
- Velar para que, en las situaciones clínicas contempladas en la Declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento haya dejado establecidas.
- Tener en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la Declaración de la persona a la que represento, para así presumir su voluntad en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Respetar las indicaciones que la persona a la que represento haya establecido respecto al ejercicio de mi función de representante.

LUGAR Y FECHA

En a (1) de
de

Firma y rúbrica:
(1) Consignar la fecha con letra

Fdo.:

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, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

001007/2/A03D

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANEXO IV

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

ACEPTACIÓN DE LA PERSONA SUSTITUTA DEL / DE LA REPRESENTANTE

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
nacido/a el día de de sexo [] H [] M , con domicilio en
Localidad Provincia Código Postal
País Teléfonos de contacto
Correo electrónico

Acepto sustituir a:

D/D*: con DNI/NIE PASAPORTE Nº:
nacido/a el día de de sexo [] H [] M , con domicilio en
Localidad Provincia Código Postal
País Teléfonos de contacto
Correo electrónico

- [] Consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad.
[] No consiento que se consulten mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad y aporte fotocopia autenticada del DNI /NIE

Asumo que mis funciones son:

- Buscar siempre el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represento.
- Velar para que, en las situaciones clínicas contempladas en la Declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento haya dejado establecidas.
- Tener en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la Declaración de la persona a la que represento, para así presumir su voluntad en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Respetar las indicaciones que la persona a la que represento haya establecido respecto al ejercicio de mi función de representante.

LUGAR Y FECHA

En a (1) de de
Firma y rúbrica:
(1) Consignar la fecha con letra

Fdo.:

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, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero de Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante las sedes habilitadas del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

001007 / 2 / A04D