

# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

## A DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/NIE O PASAPORTE	SIP
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO	

## B DECLARACIÓN

He elaborado este documento en plenitud de mis facultades y libremente, acogiéndome a los derechos que me reconoce la normativa actual vigente.

Según la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida:

**DECLARO** que, si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido. Manifiesto que tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo. Por ello, para cuando llegue el momento de finalizar la vida, expreso las siguientes **VOLUNTADES ANTICIPADAS**:

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Pido que, si llegara a padecer una enfermedad grave e incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico e incapacitante o cualquier otra situación crítica, que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento, que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el "suicidio médicamente asistido", ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.

En caso de estar embarazada, pido que se respete la vida de mi hijo.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito la presencia de un sacerdote católico y que se me administren los sacramentos pertinentes.

Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad.

Instrucciones complementarias:

Donación de órganos

Sí  No

Donación del cuerpo a la ciencia

Sí  No

Lugar donde se desea ser atendido

Domicilio

Hospital

Residencia geriátrica

Otras instrucciones:

\*\*\*\*\* MARCAR LAS OPCIONES DESEADAS \*\*\*\*\*

# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

## C NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE Y ACEPTACIÓN (Opcional)

Designo como mi representante a la persona cuyos datos se recogen en el apartado D, "Datos de la persona representante", para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con mis voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de su contenido. Esta persona deberá ser considerada la interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de mi asistencia.

Acepto la representación.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona representante

Firma: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de primero de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte del representante, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de identidad de éste.

En caso de oponerse al hecho de que el órgano gestor obtenga directamente esta información, tendrá que manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Me opongo a la obtención de los datos de identidad del representante

Motivo de oposición: \_\_\_\_\_

## D DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/NIE O PASAPORTE		SIP
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO		

## E MANIFESTACIÓN DE LOS TESTIGOS

Las personas abajo firmantes, mayores de edad, manifiestan que el/la declarante que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayan podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión. Asimismo, al menos una de ellas manifiesta no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con el/la declarante de este documento, según lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

NIF/NIE:

NIF/NIE:

NOMBRE:

NOMBRE:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de primero de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte los testigos, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de identidad de éstos.

En caso de oponerse al hecho de que el órgano gestor obtenga directamente esta información, tendrán que manifestarlo a continuación, quedando obligados a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Me opongo a la obtención de los datos de identidad del testigo

Me opongo a la obtención de los datos de identidad del testigo

Motivo de oposición: \_\_\_\_\_

Motivo de oposición: \_\_\_\_\_

# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

## F SOLICITUD

El abajo firmante realiza la declaración del apartado B y solicita la inscripción en el Registro de Voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP).

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona declarante

Firma: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE ENTRADA

FECHA DE ENTRADA  
EN EL ÓRGANO COMPETENTE

## G DELEGACIÓN

El abajo firmante delega la presentación de esta documentación para su registro en su representante o en otra persona habilitada para ello.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona declarante

Firma: \_\_\_\_\_

## H DATOS DE LA PERSONA DELEGADA PARA LA PRESENTACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

APELLIDOS Y NOMBRE

NIF/NIE O PASAPORTE

SIP

DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELÉFONOS

CORREO ELECTRÓNICO