

D/Dª V

, responsable del punto de Registro H. SAN AGUSTÍN. LINARES.

Certifica que D/Dª J 3P tiene inscrita su declaración de Voluntad Vital en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, con el número 00053, realizada en Linares, con fecha de 26 de octubre de 2023.

Asimismo, que dicha declaración de Voluntad Vital también figura inscrita en el Registro Nacional de Instrucciones Previas con el número , con fecha de 26 de octubre de 2023.

La situación de la referida declaración de Voluntad Vital es la de vigente a todos los efectos.

Y para que conste y surta los efectos oportunos donde proceda, expido el presente certificado, emitido a instancia de la persona interesada.

En Linares, a 26 de octubre de 2023

Fdo:

CÓDIGO IDENTIFICATIVO AN .....
-----------------------------------

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA € 26/10/2023, 13:55
--

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

Decreto 59 / 2012, de 13 de marzo (BOJA nº 59 de fecha 26/03/2012)

<b>1 DATOS DE LA PERSONA OTORGANTE DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE</b>			
APELLIDOS Y NOMBRE n		DNI/NIE/PASAPORTE Nº €	
FECHA DE NACIMIENTO 1	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	DOMICILIO C/DOCTOR VILLAGRANDE DE ENRIQUETA, 4 23700 LINARES	
LOCALIDAD LINARES		PROVINCIA JAEN	CÓDIGO POSTAL 23700
TELÉFONO: 2	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: jo.....com	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (Sólo si es distinto del anterior)			
LOCALIDAD LINARES		PROVINCIA JAEN	CÓDIGO POSTAL 23700
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	

<b>2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA</b>	
<input checked="" 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.	

<b>3 EN CASO DE QUE LA PERSONA OTORGANTE NO PUEDA FIRMAR (1)</b>	
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	

<b>4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>	
DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.	
AUTORIZO en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:	
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. Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas.	



4

**4 DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

**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.

En LINARES a 26 de octubre de 2023

SOLICITANTE O TESTIGO (1)

Ante mí, constatada la personalidad y capacidad de la persona otorgante

**RESPONSABLE DEL REGISTRO DE VOLUNTADES  
VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA**

(1) A cumplimentar en el supuesto de que la persona otorgante de la declaración no supiere o no pudiese firmar.

**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.

SOLICITUD

**DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA**

Decreto 59 / 2012, de 13 de marzo (BOJA nº 59 de fecha 26/03/2012)

Yo, D/Dª . . .

con D.N.I./NIE PASAPORTE Nº

NUHSA Nº

Fecha de Inscripción: 26 de octubre de 2023

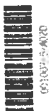
**MANIFIESTO**

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 mi voluntad, tengan en cuenta los siguientes valores:

- Comunicarme de alguna forma con mi familia o amigos/as.
- Tener un grado suficiente de consciencia para darme cuenta de las cosas.
- Asearme por mi mismo/a.
- Alimentarme sin necesidad de medidas artificiales.
- Moverme con la menor ayuda posible.
- Vivir sin necesidad de estar conectado permanentemente a máquinas de soporte vital.
- Vivir con el menor dolor físico posible.
- Ser cuidado en mi casa por las personas que me quieran, si es posible.
- Deseo que mi tratamiento se limite a medidas que me mantengan cómodo y aliviado del dolor físico o sufrimiento psíquico que me ocasione mi enfermedad, incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.
- No quiero que me sigan poniendo tratamientos y haciendo pruebas cuando ya esté claro que no voy a recuperar la consciencia.
- Morir en mi hogar, si es posible.



03103-5-A01

**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.

- Daño cerebral severo o irreversible (coma irreversible, estado vegetativo permanente, estado de mínima consciencia).
- Enfermedad en situación terminal.
- Enfermedad en situación de agonía.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema neuromuscular en fase avanzada.
- Demencia de causa degenerativa en fase avanzada.
- Inmunodeficiencia en fase avanzada.

**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 inserta 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:

**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**

Si    No    No me pronuncio

**■ Donar los tejidos**

Si    No    No me pronuncio

**Consideraciones respecto a la donación de órganos y tejidos:**

- ACEPTO ME APLIQUEN LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE Y MANTENER VIABLES HASTA SU EXTRACCIÓN.

**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:

- QUE CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY ÓRGANICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA, SOLICITO RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

**SEXTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:**

Deseo nombrar 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<sup>a</sup> ..... con DNI/NIE PASAPORTE N° .....  
nacido/a el día ..... de ..... de ..... 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<sup>a</sup> ..... con DNI/NIE PASAPORTE N° .....  
nacido/a el día ..... de ..... de ..... 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:

**SEPTIMO.- LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO**

En Jaen a(1) 26 de octubre de 2023  
Firma y rúbrica (2)



001007/5/A02D

- (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.