



**Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DENOMINACIÓN

Decreto... de ..., por el que se modifica el Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.

La Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, regula en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha la declaración de voluntades anticipadas, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que puede ser objeto en el futuro en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de la capacidad de decidir por sí misma.

En el artículo 9 de esta Ley se crea el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha para constancia y custodia de las declaraciones emitidas en el territorio o por residentes de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, así como para el acceso a las mismas. Por Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, se estableció su organización y funcionamiento.

Los avances tecnológicos y la evolución de la sociedad de Castilla-La Mancha hace conveniente la implementación de medidas que faciliten el trámite de inscripción de las Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha y, para ello, es necesario la modificación del citado decreto.

El presente decreto se dicta en el ejercicio de las competencias definidas en el artículo 32.3 del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, que atribuye a la Junta de Comunidades competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

En virtud de lo expuesto, previa audiencia del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, de acuerdo con el Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, a propuesta del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día ... de ... de 2018,

Dispongo:

Artículo único. Modificación del Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.

El Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, queda modificado en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el apartado 4 del artículo 3, que quedará redactado de la siguiente manera:

“4. Por resolución del Consejero competente en materia de sanidad, que se publicará en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, podrán crearse otros puntos del Registro en centros y servicios sanitarios.

Los Secretarios Provinciales y los responsables de los puntos del Registro podrán delegar en un funcionario del mismo centro las funciones relacionadas con el punto del Registro”.

Dos. Se añade un artículo 3 bis, que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 3 bis. Oficinas habilitadas del Registro:

1. Las oficinas habilitadas del Registro de Voluntades Anticipadas (RDVA) son las dependencias administrativas en las que se lleva a cabo el otorgamiento de la declaración de voluntades anticipadas (DVA) y se tramitan los documentos para inscribir la citada declaración en el RDVA.

2. Las oficinas habilitadas podrán crearse en los siguientes lugares:

a) Centros sanitarios públicos.

b) Centros de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

3. En cada una de estas oficinas habilitadas del RDVA habrá un funcionario, como responsable de la misma, que será designado por la persona titular o gestora del centro donde se cree la oficina habilitada.

4. Los funcionarios responsables de las oficinas habilitadas llevarán a cabo las siguientes actividades:

a) Recibir las solicitudes de inscripción en el RDVA.

b) Constatar la personalidad y capacidad del otorgante de la DVA.

c) Comprobar los requisitos formales de validez de la DVA.

d) Informar y asesorar a los otorgantes de la DVA sobre dichos requisitos.

e) Informar a los ciudadanos sobre la DVA en el ámbito de la sanidad.

f) Colaborar en la cumplimentación de la declaración.

g) Remitir toda la documentación necesaria para la inscripción de la declaración al punto del Registro al que esté adscrita la oficina.

5. El Consejero competente en materia de sanidad creará o cerrará las oficinas habilitadas del RDVA mediante resolución, en la que constará el punto del Registro al que se adscribe la oficina habilitada a efectos de la inscripción de la declaración y la custodia de la documentación”.

Tres. El artículo 4 quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 4. Procedimiento de inscripción:

1. El procedimiento de inscripción de la DVA en el Registro se inicia mediante solicitud que se ajustará al modelo previsto en el Anexo I.

2. Las solicitudes de inscripción se presentarán ante el responsable de cualquiera de los puntos del Registro o de las oficinas habilitadas del RDVA con las siguientes peculiaridades:

a) En el caso de que la persona otorgante se encontrara impedida para desplazarse y así lo acredite mediante informe médico, podrá solicitar a la persona responsable del punto del Registro u oficina habilitada que se desplace al domicilio, residencia o centro sanitario en el que se encuentre para formalizar la declaración. Dicha solicitud se ajustará al modelo previsto en el Anexo II y podrá presentarse mediante su envío telemático con firma electrónica a través del formulario incluido en la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en la siguiente dirección: <http://www.jccm.es>.

b) En el caso de que la DVA se haya formalizado ante notario y en la misma se le autorice a solicitar la inscripción en su nombre, éste podrá presentarlo mediante su envío telemático con firma electrónica a través del formulario incluido en la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en la siguiente dirección: <http://www.jccm.es>.

c) Las declaraciones formalizadas ante testigos podrán ser presentadas por el otorgante o bien por quien disponga de poder de representación específico otorgado por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna. En este último caso podrá presentarlo mediante su envío telemático con firma electrónica a través del formulario incluido en la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en la siguiente dirección: <http://www.jccm.es>.

3. La solicitud de inscripción se acompañará de la documentación detallada a continuación:

a) Si la declaración se ha realizado ante notario, de la copia autenticada de la DVA otorgada ante el mismo.

b) Si la declaración se ha formalizado ante testigos:

1º Documento original de la DVA firmado por la persona otorgante y los tres testigos ante los que se formaliza el documento, pudiendo utilizar el modelo que figura como Anexo III.

2º Fotocopia de DNI o cualquier documento oficial que acredite la identidad de la persona otorgante.

3º Fotocopia de DNI o cualquier documento oficial que acredite la identidad de los tres testigos.

c) Si la declaración se realiza ante el funcionario de un punto del Registro u oficina habilitada del RDVA, del documento de la DVA según el modelo que figura como Anexo IV formalizado ante el funcionario.

d) En cualquiera de los supuestos antes citados, en el caso en que se haya designado representante, conforme al artículo 4.2 de la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, se adjuntará el documento que acredite la aceptación por parte del mismo, pudiendo utilizar el modelo recogido en el Anexo V, junto con la fotocopia del DNI o cualquier documento oficial que acredite su identidad.

En el supuesto de que se designe más de una persona representante, se adjuntará la documentación descrita en el párrafo anterior para cada una y se señalará el orden de prelación entre ellas.

4. No se inscribirá la declaración en la que no conste ninguna instrucción previa o en la que solamente figure la designación de representante.

5. En los casos en los que el documento se formalice ante el funcionario de los puntos del Registro u oficinas habilitadas del RDVA, éste deberá comprobar la personalidad y capacidad del otorgante. El otorgamiento no tendrá lugar cuando a juicio del funcionario la persona otorgante no actúe libremente o no tenga capacidad para realizar la declaración. En estos últimos casos, el funcionario dictará resolución en la que se deniegue el otorgamiento de la DVA, que podrá ser recurrida ante el Director Provincial.

En el supuesto de que la persona otorgante no pudiera firmar, firmará por ella la persona responsable del punto del Registro u oficina habilitada correspondiente, circunstancia que se hará constar en la declaración, pudiendo firmar también otros testigos presentes.

6. Los funcionarios del RDVA comprobarán que se reúnen los requisitos formales establecidos en la Ley 6/2005, de 7 de julio, y en el presente decreto.

De no reunir alguno de los requisitos necesarios para la inscripción de la DVA, desde los puntos del Registro se requerirá a su otorgante para que, en el plazo de diez días, subsane las deficiencias observadas, con indicación de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistido de su petición, archivándose su solicitud, previa resolución motivada”.

Cuatro. Se añade el apartado 3 al artículo 6, que quedará redactado de la siguiente manera:

“3. En el RDVA de Castilla-La Mancha sólo figurará como vigente la última declaración inscrita por el otorgante en este Registro, que será la misma que figure en el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP). La inscripción posterior de una declaración en el registro de otra Comunidad Autónoma supondrá la revocación automática de la inscrita en el RDVA de Castilla-La Mancha y su sustitución por aquélla”.

Cinco. Se modifican los apartados 2 y 3 del artículo 7, que quedarán redactados de la siguiente manera:

“2. Se establecerán puntos de acceso y consulta al RDVA en cada punto del Registro y, telemáticamente, en la Web de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en el apartado de la Consejería competente en materia de sanidad.

Los profesionales del SESCAM también podrán consultar el RDVA a través de la Intranet del SESCAM y de las aplicaciones de la historia clínica digital.

3. Los otorgantes, el representante que conste en el documento registrado y, en su caso, el representante legal podrán acceder telemáticamente mediante un sistema de identificación electrónica”.

Seis. Se modifica el artículo 8, que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 8. Custodia de los documentos.

El RDVA deberá custodiar los documentos inscritos hasta pasados cinco años del fallecimiento del otorgante. Transcurrido dicho plazo, se procederá a su cancelación, salvo que sean prueba documental en proceso judicial o administrativo, en cuyo caso, se conservarán hasta que se dicte sentencia o resolución firme.”

Siete. Se añade una Disposición adicional tercera, que quedará redactada de la siguiente manera:

“Tercera. Donación del cuerpo.

Corresponde a los otorgantes que donen su cuerpo para la investigación y la docencia dar a conocer este deseo entre sus familiares y allegados para que, llegado el momento del fallecimiento, lo comuniquen a la universidad a la que se haya efectuado la donación. En todo caso, la universidad tendrá la potestad de aceptar o no dicha donación.”

Ocho. Se sustituyen los Anexos I, II y III del Decreto 15/2006, de 21 de febrero, por los Anexos I, II, III, IV y V de este decreto.

Disposición final primera. *Habilitación normativa*

Se faculta a la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad para dictar las órdenes necesarias para el desarrollo y ejecución de este decreto, así como para modificar el contenido de los anexos.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Toledo, a ... de ... de 2018.

El Presidente

EMILIANO GARCÍA-PAGE SÁNCHEZ

El Consejero de Sanidad

JESÚS FERNÁNDEZ SANZ



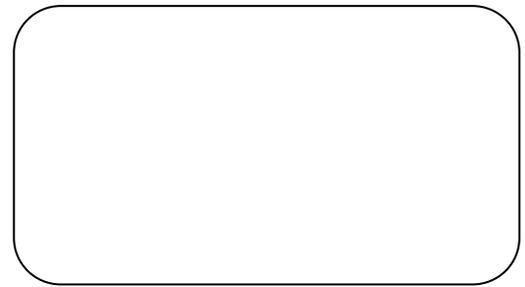
Castilla-La Mancha

Nº Procedimiento

020189

Código SIACI

SIUY



ANEXO I

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AUTORA DE LA DECLARACIÓN/SOLICITANTE

Nombre	<input type="text"/>	1º Apellido	<input type="text"/>	2º Apellido	<input type="text"/>
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento <input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	País de nacimiento:	<input type="text"/>	Nº tarjeta sanitaria	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

DATOS PERSONALES DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD

(En caso de no coincidir con la persona autora de la declaración)

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Solo se admitirá la presentación "ON-LINE" a través de sede electrónica a los notarios y a la persona que disponga de poder representación específico otorgado por cualquier medio válido en derecho.

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal (De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no están obligados a la notificación electrónica)
- Notificación electrónica (Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos)



INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<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>
Legitimación	<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>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<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>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

DATOS DE LA SOLICITUD

EXPONE

Que al amparo de la legislación vigente:

SOLICITA:

- Inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha
- Sustitución del documento de Voluntades Anticipadas inscrito.
- Revocación del documento de Voluntades Anticipadas inscrito

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal

AUTORIZACIONES

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los acreditativos de residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR)



Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería a través de los Puntos del Registro de Voluntades Anticipadas va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentran en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento: [] presentado con fecha: [] ante la unidad: [] de la Consejería: []

Documento: [] presentado con fecha: [] ante la unidad: [] de la Consejería: []

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos

- Declaración de Voluntad Anticipada
Copia del documento acreditativo de la identidad del autor
Poder de representación para presentar esta solicitud
Copia del documento acreditativo de la identidad de los tres testigos
Documento de aceptación del representante
Copia del documento acreditativo de la identidad del representante/s
Otros []

1 Cumplimentar sólo cuando quien la presenta no sea el autor de la declaración

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

En , a de de 20

SR. RESPONSABLE DEL PUNTO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA-LA MANCHA DE *

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326

Centros Sanitarios:

- HOSPITAL GRAL DE ALMANSA. Código. DIR 3: A08016544
HOSPITAL DE HELLÍN. Código. DIR 3: A08016555

- HOSPITAL GRAL DE VILLARROBLEDO. Código. DIR 3: A08016581
HOSPITAL GRAL LA MANCHA CENTRO. Código. DIR 3: A08016663
HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA. Código. DIR 3: A08016700
HOSPITAL SANTA BÁRBARA. Código. DIR 3: A08016788
HOSPITAL GRAL DE TOMELLOSO. Código. DIR 3: A08016710
HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA. Código. DIR 3: A08016721
INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD. Código. DIR 3: A08014321
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. Código. DIR 3: A08016955

* En los casos en los que la tramitación se pueda realizar "ON-LINE" sólo se podrá remitir a las Direcciones Provinciales

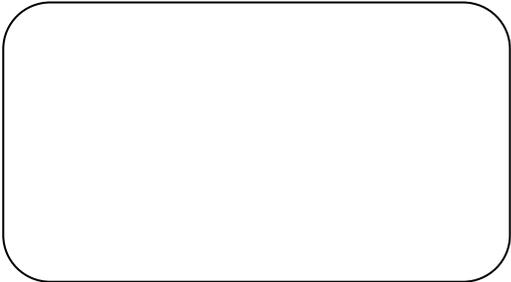


Castilla-La Mancha

Nº Procedimiento

020189

Código SIACI
SL2J



ANEXO II
SOLICITUD DE VISITA A DOMICILIO PARA REALIZAR LA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE / TITULAR DE LA DECLARACIÓN

Nombre 1^{er} Apellido 2^o Apellido

Sexo: Masculino Femenino NIF NIE Número de documento

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: Nº tarjeta sanitaria

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR LA SOLICITUD

AUTORIZO A:

Nombre 1^{er} Apellido 2^o Apellido

Sexo: Masculino Femenino NIF NIE Número de documento

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

A presentar esta solicitud en mi nombre y a mediar en la consecución de cita para la visita domiciliaria que solicito con el fin de realizar la declaración de voluntades anticipadas.

Como documento acreditativo de mi incapacidad para presentar la solicitud personalmente, se adjunta:

- Certificado médico
- Informe clínico
- Informe del director médico

(señalar con una X lo que proceda)

En _____, a _____ de _____ de _____

PERSONA AUTORIZADA

EL TITULAR DE LA DECLARACIÓN

Fdo.:
(Nombre y apellidos)

Fdo.:
(Nombre y apellidos)



INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<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>
Legitimación	<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>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<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>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

DATOS DE LA SOLICITUD

SOLICITO:

El desplazamiento del encargado/a del Registro de Voluntades Anticipadas al lugar de la visita que se indica, para efectuar en su presencia mi declaración de voluntades anticipadas, conforme a lo establecido en la Ley 6/2005 de / de julio y el Decreto 15/2006 de 21 de febrero.

Lugar de visita (señalar con una X lo que proceda):

Hospital / Residencia de Ancianos

Domicilio particular

Tipo y Nombre de la vía		Número
Localidad		Provincia
C.P.	Correo electrónico	

Firma

En _____, a _____ de _____ de 20____



SR. RESPONSABLE DEL PUNTO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE CASTILLA-LA MANCHA

DE

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326

Centros Sanitarios:

- HOSPITAL GRAL DE ALMANSA. Código. DIR 3: A08016544
- HOSPITAL DE HELLÍN. Código. DIR 3: A08016555

- HOSPITAL GRAL DE VILLARROBLEDO. Código. DIR 3: A08016581
- HOSPITAL GRAL LA MANCHA CENTRO. Código. DIR 3: A08016663
- HOSPITAL VIRGEN DE ALTAGRACIA. Código. DIR 3: A8016700
- HOSPITAL SANTA BÁRBARA. Código. DIR 3: A08016788
- HOSPITAL GRAL DE TOMELLOSO. Código. DIR 3: A08016710
- HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA. Código. DIR 3: A08016721
- INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD. Código. DIR 3: A08014321
- HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. Código. DIR 3: A08016955



ANEXO III

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ANTE TESTIGOS

D/D ^a			
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:¹

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 prolongar 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 mi 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.

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

3^{er} Testigo

2^o Testigo

Firma de los testigos:
1^{er} Testigo

Firma del otorgante:

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



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).

3^{er} 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).

2^o Testigo

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

Designo como Representante/s, con el siguiente orden de prelación:

Primero

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

Segundo

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

Tercero

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

Firma de los testigos:
1^{er} Testigo

Firma del otorgante:

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 _____.



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^{er} testigo:

Testigo segundo

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

Firma 2^º testigo:

Testigo tercero

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

Firma 3^{er} testigo:

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<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>
Legitimación	<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>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<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>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

Firma del otorgante:



Firma de los testigos:

1^{er} Testigo

2^o Testigo

3^{er} Testigo

En _____, a _____ de _____ de _____

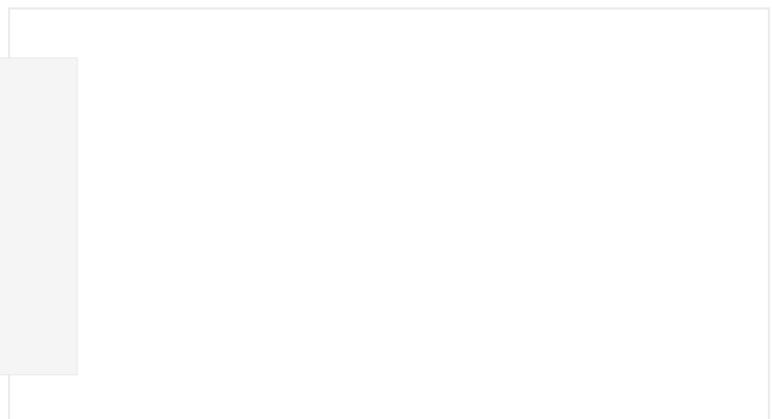
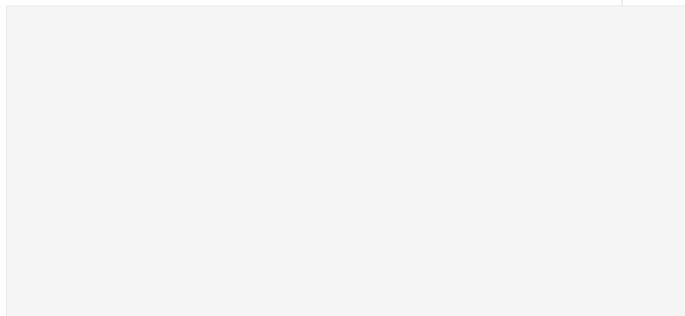
Firma del otorgante: _____

Espacio reservado

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

Identidad del otorgante acreditada:

- Personalmente Mediante poder de representación





ANEXO IV

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

D/D ^a			
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:¹

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 prolongar 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 mi 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.

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

Firma del funcionario del RDVA:

Firma del otorgante:

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



- 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).

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).

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

Designo como Representante/s, con el siguiente orden de prelación:

Primero

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

Segundo

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

Tercero

D/D ^a		
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 del funcionario del RDVA:

Firma del otorgante:



DECLARACIÓN DEL FUNCIONARIO DEL REGISTRO

Ante mí _____
como responsable del Registro de Declaraciones de Voluntades Anticipadas (RDVA) en el punto
del Registro/Oficina habilitada en _____
_____ código dependencia _____

ha sido constatada la identidad del otorgante, el cual firma el presente documento de manera
consciente y, hasta donde es posible apreciar, voluntaria y libremente.

En _____, a _____ de _____ de _____

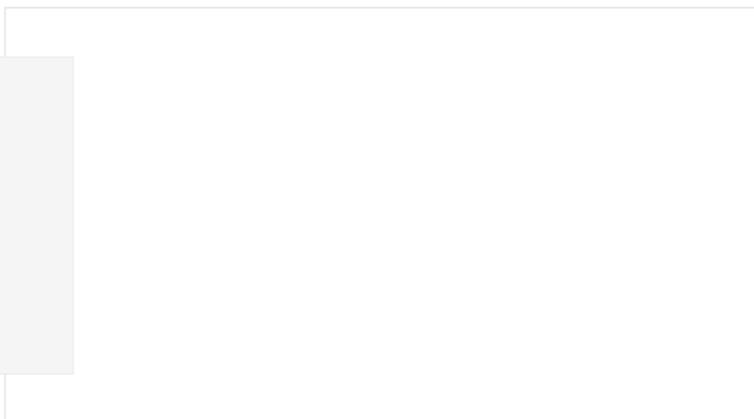
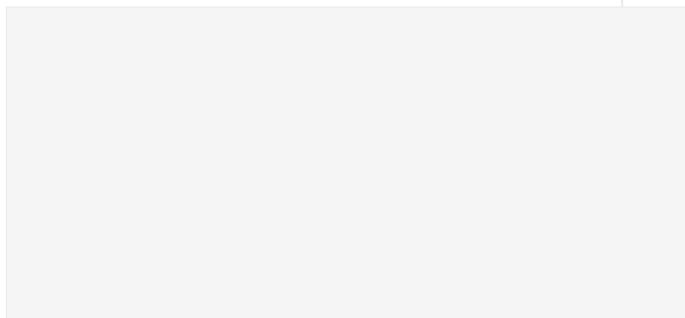
Sello

FIRMA DEL FUNCIONARIO DEL RDVA

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos)

Firma del otorgante:

Espacio reservado para la diligencia de informatización.





Castilla-La Mancha

ANEXO V

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE

D/D ^a			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de
Con domicilio		Localidad	
Provincia			CP
Teléfonos de contacto		Correo electrónico	

Acepto representar a:

D/D ^a			
Con DNI/NIE/Pasaporte	nacido el día	de	de

en los casos que proceda de acuerdo con la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.

En _____, a _____ de _____ de _____

REPRESENTANTE

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<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>
Legitimación	<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>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<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>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>