JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO	Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

Decreto ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... / ..... ,de.....)

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

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:

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.

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:

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:

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:

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/Dª: ..... con DNI/NIE PASAPORTE Nº .....
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/Dª: ..... con DNI/NIE PASAPORTE Nº .....
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:

SEPTIMO.- LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO

En ..... a (1) ..... de ..... de .....

Firma y rúbrica (2)

001007/3/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 Igualdad, Salud y Políticas Sociales 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 parcialmente automatizado 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.