Otros deseos

que me gustaría comunicar a mi familia, allegados y/o representante

Tras el fallecimiento
MANIFIESTO MI DESEO DE QUE MI CUERPO SEA:

- ☐ DONADO A LA CIENCIA
- ☐ INHUMADO
- ☐ INCINERADO

Si no es posible donar mi cuerpo a la ciencia, deseo que mi cuerpo sea:

- ☐ INHUMADO
- ☐ INCINERADO

Si necesita información adicional, puede ponerse en contacto con el **Departamento de Anatomía e Histología de la Facultad de Medicina de Zaragoza** llamando al 976 76 16 67 o 976 76 16 84

En caso de estar embarazada

☐ **DESEO** QUE LA APLICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO SEA APLAZADA HASTA FINALIZAR EL EMBARAZO

En el proceso de morir y la muerte

MANIFIESTO MI DESEO DE RECIBIR ASISTENCIA RELIGIOSA ☐ SÍ ☐ NO

ESPECIFICAR DE QUÉ TIPO .....

MANIFIESTO MI DESEO DE MORIR ☐ EN MI DOMICILIO ☐ EN EL HOSPITAL

Otros .....

.....

.....

SOPORTE LEGAL

> Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 16 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo 15, en lo relativo a las Voluntades Anticipadas

> Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos UE 2016/679, le informamos que los datos que nos proporciona de manera directa se incorporarán a tratamientos cuyo responsable es Dirección General de Derechos y Garantías del Usuario del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón

> Finalidad: Gestión telemática de trámites e información Los datos recogidos sirven para gestionar las solicitudes de los usuarios, sin que se realicen perfiles de ningún tipo ni explotaciones estadísticas sin anonimizar.

> Legitimación: Ejercicio de Poderes Públicos en base al Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud

> Destinatarios: No se cederán datos a terceros ajenos a la propia Administración responsable del Tratamiento, salvo obligación legal. No se realizarán transferencias de datos a terceros países, salvo obligación legal.

> Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en **www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos**

Más información & cita previa

PARA LA INSCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO DE
VOLUNTADES ANTICIPADAS

INFÓRMESE PIDA CITA

salud 902 555 321
saludinforma.es

GOBIERNO DE ARAGON

DNI/NIE .....

YO .....

con domicilio en .....

..... código postal ..... localidad .....

teléfono ..... email .....

mayor de edad, con capacidad para tomar decisiones libremente y con la suficiente información que me ha permitido reflexionar cuidadosamente,

DECIDO EXPRESAR

a través de este documento las siguientes instrucciones previas que manifiestan mi voluntad actual relacionada con unos

Criterios

que responden a un esquema de valores de calidad de vida íntimamente ligados al proceso de morir con dignidad, relacionados con unos supuestos que, a modo de ejemplo, podrían ser los siguientes:

> la posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas

> el hecho de no sufrir dolor importante, ya sea físico, psíquico o espiritual

> la posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria

> no prolongar la vida por sí misma, cuando la situación sea irreversible

OTROS CRITERIOS

QUE SE HAN DE TENER EN CUENTA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DECLARO

que si en un futuro, no puedo expresar mi voluntad sobre la atención sanitaria a recibir, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental derivado de situaciones clínicas, como:

> tumor maligno diseminado en fase avanzada

> daño cerebral, y/o de otros órganos, severo e irreversible que conduzca en breve plazo a la muerte

> estado vegetativo permanente

> enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico, si lo hubiere

> demencia severa e irreversible debida a cualquier causa (tipo Alzheimer)

OTRAS SITUACIONES

EN LAS QUE QUIERO QUE SE APLIQUE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mi voluntad es... >

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Mi voluntad es...

1. Que no sean aplicadas, o que se retiren si ya se están aplicando, aquellas medidas de soporte vital cardiorrespiratorio y que no se dilate mi vida por medios artificiales como fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial que solo estén dirigidos a prolongar mi supervivencia
2. Que cuando los responsables de mi asistencia tengan que optar por tomar decisiones médicas y/o terapéuticas sobre mi persona dirigidas a alargar la vida cuando se den limitaciones cognitivas o motoras que tengan carácter de irreversibilidad con magnitud suficiente, no se apliquen dichas intervenciones
3. Que se instauren las medidas y se me suministren los fármacos que sean necesarios para controlar con efectividad los síntomas que puedan causarme dolor, padecimiento, angustia o malestar, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida
4. Que en caso de duda en la interpretación de mi proyecto vital y mis valores de calidad de vida, se tenga en cuenta la opinión de mi representante
5. Que en el caso de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales que estén dispuestos a respetarla

OTRAS CONSIDERACIONES

SOBRE LAS SIGUIENTES ACCIONES SANITARIAS

.....

.....

.....

.....

EN RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS & TEJIDOS

☐ **SÍ** ☐ **NO** **MANIFIESTO** mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos y tejidos para ser trasplantados a otra persona que los necesite

En caso afirmativo, la donación de órganos & tejidos es ☐ TOTAL ☐ PARCIAL

SI LA DONACIÓN ES PARCIAL ESPECIFICAR .....

.....

Si necesita información adicional para tomar esta decisión, puede contactar con la **Unidad de Coordinación de Trasplantes de Aragón** llamando al 976 71 43 11 o enviando un email a: coordinaciondetrasplantes@aragon.es

Declaración de los testigos

El presente documento se formaliza ante los **dos testigos** abajo firmantes, que **DECLARAN**:

1. Que son mayores de edad, con plena capacidad de obrar, y al menos, uno de ellos **sin relación de parentesco hasta el segundo grado** y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante.
2. Que la persona que firma este documento de Voluntades Anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

PRIMER TESTIGO

D/Dª .....

DNI/NIE .....

Fdo: EL PRIMER TESTIGO **

SEGUNDO TESTIGO

D/Dª .....

DNI/NIE .....

Fdo: EL SEGUNDO TESTIGO **

Designación de representantes

El representante o el representante sustituto será considerado como el interlocutor válido y necesario del médico o equipo sanitario responsable de mi asistencia, tomará las decisiones en mi nombre cuando no pueda expresarme por mí mismo y en caso de duda en la interpretación del presente documento, teniendo en cuenta los valores, instrucciones y deseos expresados en el mismo y siempre que no se contradigan con ninguna de las Voluntades Anticipadas que aquí constan.

Si se dieran las circunstancias de no poder expresar mi voluntad, designo como representante a:

D/Dª ..... DNI/NIE .....

mayor de edad, con domicilio en .....

..... código postal ..... localidad .....

teléfono ..... email .....

CON SU FIRMA declara haber entendido y aceptado lo anterior

Fdo: EL REPRESENTANTE *

En el supuesto de renuncia, indisponibilidad o fallecimiento de mi representante, designo como sustituto/a a:

D/Dª ..... DNI/NIE .....

mayor de edad, con domicilio en .....

..... código postal ..... localidad .....

teléfono ..... email .....

CON SU FIRMA declara haber entendido y aceptado lo anterior

Fdo: EL REPRESENTANTE SUSTITUTO/A *

SOLICITO

la inscripción de este documento de Voluntades Anticipadas en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y en el Registro Nacional de Instrucciones Previas.

☐ Acepto y consiento el tratamiento de los datos de carácter personal aquí contenidos, de conformidad con lo dispuesto en los términos *** del *Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679, de 27 de abril de 2016*. También autorizo la cesión de estos datos, con el fin de facilitar esta información al personal sanitario que me atienda cuando lo consideren necesario.

Este documento anula cualquier otro que haya sido otorgado, con fecha anterior a la presente, en esta Comunidad Autónoma o en cualquier otra.

Fdo: EL INTERESADO/A **

En ..... a ..... de ..... de .....

* Deberán presentarse los DNI/NIE o fotocopias compulsadas de los REPRESENTANTES.
** Deberán presentarse los DNI/NIE o fotocopias compulsadas del INTERESADO/A y los TESTIGOS.
Estos trámites pueden efectuarse en el Registro de Voluntades Anticipadas.

*** Consulte todos los términos sobre Protección de datos en www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/proteccion-datos