**DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS y CUSTODIA DE ANIMALES A MI CARGO**

Yo, D/D ª      , con nacionalidad      , DNI / NIE /Pasaporte      , nacido/a el día/mes/año      , en la localidad de      , con domicilio en      , localidad      , código postal      , Provincia      , País      .

Manifiesto que tengo conocimiento de la normativa vigente en la Comunidad Autónoma en la que resido en referencia a la Declaración de Voluntades Anticipadas; tanto en materia de la propia salud, que define la declaración de voluntades anticipadas como el derecho que una persona tiene a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento carezca de capacidad para decidir por sí misma.

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]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2):**

Si en el futuro **estoy incapacitado/a 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       opiniones), **no hay expectativas de recuperación alguna**:

1. 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 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.

[ ]  Otras:     .

1. En cuanto a las actuaciones sanitarias sobre mi persona,

[ ]  No me sean aplicadas, o bien que se retiren si ya han empezado a aplicase, medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia estando yo en estado medico considerado vegetativo.

[ ]  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, 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.

[ ]  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 vitales de nacer.

[ ]  Otras actuaciones sanitarias:      .

1. **Deseo que al final de mi vida se me atienda en:**

**[ ]** Mi domicilio.

[ ]  En el hospital.

Otras Instrucciones:      .

1. 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 la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legisación vigente.

[ ]  Deseo mis restos sean enterrados en      .

[ ]  Deseo mis restos sean      .

1. Otras instrucciones que deseo se tengan en cuenta después de mi muerte:
* Deseo que a mi muerte, mi cuerpo sea tratado según estas indicaciones:      .
* Deseo que la ceremonia de despedida se realice bajo estos criterios:      .
* Que los servicios funerarios que se contraten en mi nombre para mi despedida sean:      .
* Mi deseo además es que después de mi muerte se hagan las siguientes cosas en mi nombre:      .

**CLÁUSULAS ESPECIALES**

En referencia a los animales a mi custodia, y si en el momento de mi muerte no he dejado testamento posterior a esta declaración de voluntades anticipadas, solicito que la custodia Deseo además que los animales de mi responsabilidad pasen a custodia de la/s siguientes personas:      [[3]](#footnote-3)

Nombro como representante a D./Dª      , con nacionalidad      , DNI / NIE /Pasaporte      , nacido/a el día/mes/año      , en la localidad de      , con domicilio en      , localidad      , código postal      , Provincia      , País      ; y con el teléfono de contacto      , y/o correo electrónico      ; para que realice 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. Esta misma persona deberá ser considerada como interlocutora válida 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 el caso de que la persona anterior no pueda ser garante por fuerza mayor, o en el caso que esta persona así lo solicite, designo como representante opción 2º a D./Dª      , con nacionalidad      , DNI / NIE /Pasaporte      , nacido/a el día/mes/año      , en la localidad de      , con domicilio en      , localidad      , código postal      , Provincia      , País      ; y con el teléfono de contacto      , y/o correo electrónico      .

En      , a       de       de     .

Fdo. (el otorgante)

[Nombre y apellidos]

**NOTA:** Los profesionales sanitarios deben comprobar si este documento es el último inscrito, capsulando el registro informatizado (RDVA), donde también podrá comprobar si los datos de contacto han sido modificados.

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS[[4]](#footnote-4)**

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos 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.

Asimismo, los firmantes como testigos primero y segundo, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo con el otorgante por parentesco hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad, por matrimonio, pareja de hecho o por relación profesional o patrimonial alguna.

**Testigo primero**

D./Dª      , con nacionalidad      , DNI / NIE /Pasaporte      , nacido/a el día/mes/año      , en la localidad de      , con domicilio en      , localidad      , código postal      , Provincia      , País      ; y con el teléfono de contacto      , y/o correo electrónico      . Fecha,

Firma:

**Testigo segundo**

D./Dª      , con nacionalidad      , DNI / NIE /Pasaporte      , nacido/a el día/mes/año      , en la localidad de      , con domicilio en      , localidad      , código postal      , Provincia      , País      ; y con el teléfono de contacto      , y/o correo electrónico      . Fecha,

Firma:

**Testigo tercero**

D./Dª      , con nacionalidad      , DNI / NIE /Pasaporte      , nacido/a el día/mes/año      , en la localidad de      , con domicilio en      , localidad      , código postal      , Provincia      , País      ; y con el teléfono de contacto      , y/o correo electrónico      . Fecha,

Firma:

**DECLARACIÓN DEL FUNCIONARIO[[5]](#footnote-5)**

Ante mí, constatada la personalidad y capacidad del autor.

[EL FUNCIONARIO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE      ]

En      , a       de       de     .

Sello

Fdo. (Nombre y apellidos del funcionario)

1. Señalar con una cruz en el recuadro las opciones elegidas. No serán validos documentos con enmiendas o tachaduras. [↑](#footnote-ref-1)
2. (firmar la 1ª página en el margen izq.) [↑](#footnote-ref-2)
3. Indicar Nombre animal y nú. Chip, y a continuación el nombre y apellidos de la/s persona/s que asignas como responsable/s. Diferenciar bien si son varios animales y distintas personas que los custodian. [↑](#footnote-ref-3)
4. Cumplimentar sólo en el caso en que la declaración haya sido realizada ante testigos. [↑](#footnote-ref-4)
5. Cumplimentar sólo en el caso en que la declaración haya sido realizada ante el funcionario del registro. [↑](#footnote-ref-5)