

A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE / PASSAPORT DNI / NIE / PASAPORTE	NÚM. SIP / Nº SIP
---------------------	--------------	--	-------------------

B DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Fent ús del dret que li reconeix l'article 17 de la Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient, sobre voluntats anticipades la persona sol·licitant, major d'edat o menor emancipat, amb plena capacitat d'obrar, després d'una llarga reflexió i actuant lliurement, fa de forma documental les expressions següents de les seues VOLUNTATS ANTICIPADES:

En virtud del derecho que le reconoce el artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente, sobre Voluntades Anticipadas la persona solicitante, mayor de edad o menor emancipado, con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realiza de forma documental las siguientes expresiones de sus VOLUNTADES ANTICIPADAS:

DECLARA que si en el futur està incapacitat per a prendre o manifestar decisions sobre la seua atenció mèdica, com a conseqüència del seu deteriorament físic o mental per alguna de les situacions que s'indiquen a continuació:

DECLARA que si en un futuro está incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre su cuidado médico, como consecuencia de su deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- | | |
|--|---|
| - Càncer disseminat en fase avançada.
<i>Cáncer diseminado en fase avanzada.</i> | - Malaltia degenerativa del sistema nerviós o muscular, en fase avançada, amb limitació important de la meua mobilitat i falta de resposta positiva al tractament.
<i>Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.</i> |
| - Dany cerebral sever i irreversible.
<i>Daño cerebral severo e irreversible.</i> | - Malaltia immunodeficient en fase avançada.
<i>Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.</i> |
| - Demència severa deguda a qualsevol causa.
<i>Demencia severa debida a cualquier causa.</i> | - Malalties o situacions de gravetat comparable a les anteriors.
<i>Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.</i> |
| - Danys encefàlics severos (coma irreversible, estat vegetatiu persistent i prolongat).
<i>Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).</i> | - Qualsevol altra de semblant.
<i>En cualquier otra similar.</i> |

Tenint en compte que per al seu projecte vital és molt important la qualitat de vida, és el seu desig que la seua vida no es prolongue, per si mateixa, quan la situació és ja irreversible.

Teniendo en cuenta que para su proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es su deseo que su vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible.

Tenint en compte el que ha exposat, i d'acord amb els criteris assenyalats, és la seua voluntat que si, segons el parer dels metges que aleshores l'atenguen (dels quals almenys un siga especialista), no hi ha expectatives de recuperació sense que se'n seguisquen seqüeles que impedisquen una vida digna segons el que enté, la seua voluntat és que:

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es su voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces le atienden (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según lo entiende, su voluntad es que:

- No siguen aplicades –o bé que es retiren si ja han començat a aplicar-se– mesures de suport vital o qualssevol altres que intenten prolongar la seua supervivència.
No sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar su supervivencia.
- S'instauen les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que puga ser causa de dolor o de patiment.
Se instauran las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.
- Se li preste una assistència necessària per a proporcionar-li un final digne de la vida, amb el màxim alleujament del dolor, sempre que no resulte contrària a la bona pràctica clínica.
Se le preste una asistencia necesaria para proporcionarle un digno final de su vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
- No se li administren tractaments complementaris i teràpies no contrastades que no demostren l'efectivitat per a la seua recuperació i que li prolonguen inútilment la vida.
No se le administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para su recuperación y prolonguen fútilmente su vida.

Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:

VALENCIA:

- Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.
- Direcció Territorial de Sanitat: Gran Via Ferran el Catòlic, 74. 46008 València.
- Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient: C/ Misser Mascó, 31 33. 46010 València.

CASTELLÓ:

- Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.
- Direcció Territorial de Sanitat: Plaça Hort dels Corders, 12. 12001 Castelló de la Plana.

ALACANT:

- Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.
- Direcció Territorial de Sanitat: C/ Girona, 26. 03001 Alacant.

Para registrar un documento de voluntades anticipadas debe presentarse en cualquiera de los organismos autorizados para ello:

VALENCIA:

- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad: Gran Via Fernando el Católico, 74. 46008 Valencia.
- Conselleria de Sanidad, Dirección General de Calidad y Atención al Paciente: C/ Micer Mascó, 31 33. 46010 Valencia.

CASTELLÓN:

- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad: Plaza Hort dels Corders, 12. 12001 Castellón de la Plana.

ALICANTE:

- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad: C/ Girona, 26. 03001 Alicante.

Les dades personals arrellegades seran incorporades i tractades en el fitxer "Volant_registros", la finalitat del qual és la gestió i el control sanitari de les voluntats anticipades dels pacients. No es preuen cessions de dades a tercers, excepte les expressament previstes en la llei. L'òrgan responsable del fitxer és la Conselleria de Sanitat, i l'adreça on la persona interessada pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició és la Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient, carrer del Misser Mascó 31-33, 46010 València, telèfon. 96 386 66 00. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Volant_registros", cuya finalidad es la gestión y el control sanitario de las voluntades anticipadas de los pacientes. No se prevén cesiones de estos datos a terceros, salvo las expresamente previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Conselleria de Sanitat, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la Conselleria de Sanitat, D. G. de Calidad y Atención al Paciente, calle Micer Mascó, 31-33, 46010 Valencia, Teléfono. 96 386 66 00, todo lo cual se informa en el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE / PASSAPORT DNI / NIE / PASAPORTE	NÚM. SIP / Nº SIP
---------------------	--------------	--	-------------------

B DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Fent ús del dret que li reconeix l'article 17 de la Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient, sobre voluntats anticipades la persona sol·licitant, major d'edat o menor emancipat, amb plena capacitat d'obrar, després d'una llarga reflexió i actuant lliurement, fa de forma documental les expressions següents de les seues VOLUNTATS ANTICIPADES:

En virtud del derecho que le reconoce el artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente, sobre Voluntades Anticipadas la persona solicitante, mayor de edad o menor emancipado, con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realiza de forma documental las siguientes expresiones de sus VOLUNTADES ANTICIPADAS:

DECLARA que si en el futur està incapacitat per a prendre o manifestar decisions sobre la seua atenció mèdica, com a conseqüència del seu deteriorament físic o mental per alguna de les situacions que s'indiquen a continuació:

DECLARA que si en un futuro está incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre su cuidado médico, como consecuencia de su deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- | | |
|--|---|
| - Càncer disseminat en fase avançada.
<i>Cáncer diseminado en fase avanzada.</i> | - Malaltia degenerativa del sistema nerviós o muscular, en fase avançada, amb limitació important de la meua mobilitat i falta de resposta positiva al tractament.
<i>Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.</i> |
| - Dany cerebral sever i irreversible.
<i>Daño cerebral severo e irreversible.</i> | - Malaltia immunodeficient en fase avançada.
<i>Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.</i> |
| - Demència severa deguda a qualsevol causa.
<i>Demencia severa debida a cualquier causa.</i> | - Malalties o situacions de gravetat comparable a les anteriors.
<i>Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.</i> |
| - Danys encefàlics severos (coma irreversible, estat vegetatiu persistent i prolongat).
<i>Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).</i> | - Qualsevol altra de semblant.
<i>En cualquier otra similar.</i> |

Tenint en compte que per al seu projecte vital és molt important la qualitat de vida, és el seu desig que la seua vida no es prolongue, per si mateixa, quan la situació és ja irreversible.

Teniendo en cuenta que para su proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es su deseo que su vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible.

Tenint en compte el que ha exposat, i d'acord amb els criteris assenyalats, és la seua voluntat que si, segons el parer dels metges que aleshores l'atenguen (dels quals almenys un siga especialista), no hi ha expectatives de recuperació sense que se'n seguisquen seqüeles que impedisquen una vida digna segons el que enté, la seua voluntat és que:

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es su voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces le atienden (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según lo entiende, su voluntad es que:

- No siguen aplicades –o bé que es retiren si ja han començat a aplicar-se– mesures de suport vital o qualssevol altres que intenten prolongar la seua supervivència.
No sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar su supervivencia.
- S'instauen les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que puga ser causa de dolor o de patiment.
Se instauran las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.
- Se li preste una assistència necessària per a proporcionar-li un final digne de la vida, amb el màxim alleujament del dolor, sempre que no resulte contrària a la bona pràctica clínica.
Se le preste una asistencia necesaria para proporcionarle un digno final de su vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
- No se li administren tractaments complementaris i teràpies no contrastades que no demostren l'efectivitat per a la seua recuperació i que li prolonguen inútilment la vida.
No se le administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para su recuperación y prolonguen fútilmente su vida.

Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:

VALENCIA:
- Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.
- Direcció Territorial de Sanitat: Gran Via Ferran el Catòlic, 74. 46008 València.
- Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient: C/ Misser Mascó, 31 33. 46010 València.

CASTELLÓ:
- Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.
- Direcció Territorial de Sanitat: Plaça Hort dels Corders, 12. 12001 Castelló de la Plana.

ALACANT:
- Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.
- Direcció Territorial de Sanitat: C/ Girona, 26. 03001 Alacant.

Para registrar un documento de voluntades anticipadas debe presentarse en cualquiera de los organismos autorizados para ello:

VALENCIA:
- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad: Gran Vía Fernando el Católico, 74. 46008 Valencia.
- Conselleria de Sanidad, Dirección General de Calidad y Atención al Paciente: C/ Micer Mascó, 31 33. 46010 Valencia.

CASTELLÓN:
- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad: Plaza Hort dels Corders, 12. 12001 Castellón de la Plana.

ALICANTE:
- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.
- Dirección Territorial de Sanidad: C/ Girona, 26. 03001 Alicante.

Les dades personals arrellegades seran incorporades i tractades en el fitxer "Volant_registros", la finalitat del qual és la gestió i el control sanitari de les voluntats anticipades dels pacients. No es preuen cessions de dades a tercers, excepte les expressament previstes en la llei. L'òrgan responsable del fitxer és la Conselleria de Sanitat, i l'adreça on la persona interessada pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició és la Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient, carrer del Misser Mascó 31-33, 46010 València, telèfon. 96 386 66 00. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Volant_registros", cuya finalidad es la gestión y el control sanitario de las voluntades anticipadas de los pacientes. No se prevén cesiones de estos datos a terceros, salvo las expresamente previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Conselleria de Sanitat, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la Conselleria de Sanitat, D. G. de Calidad y Atención al Paciente, calle Micer Mascó, 31-33, 46010 Valencia, Teléfono. 96 386 66 00, todo lo cual se informa en el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

C INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES

Altres instruccions que desitja que es tinguen en compte:
Otras instrucciones que desea que se tengan en cuenta:

DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS / DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

DONACIÓ DEL COS A LA CIÈNCIA / DONACIÓN DEL CUERPO A LA CIENCIA

LLOC ON VOL QUE SE L'ATENGA EN EL FINAL DE LA SEUA VIDA (CASA, HOSPITAL...) / LUGAR DONDE QUIERE QUE SE LE ATIENDA EN EL FINAL DE SU VIDA (DOMICILIO, HOSPITAL...)

DESITJA REBRE ASSISTÈNCIA ESPIRITUAL / DESEA RECIBIR ASISTENCIA ESPIRITUAL

ALTRES / OTRAS

_____, ____ d _____ del _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: _____

D NOMENAMENT DE REPRESENTANT / NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI / NIF / PASSAPORT
DNI / NIF / PASAPORTE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFONS / TELÉFONOS

Designa com a representant a la persona anterior, perquè faça en el seu nom la interpretació que puga ser necessària, sempre que no es contradiga amb cap de les voluntats anticipades que consten en este document, i també per a vetlar per l'aplicació estricta del que declara. Esta persona ha de ser considerada com a interlocutora vàlida i necessària amb l'equip sanitari responsable de la seua assistència, per a prendre decisions en el seu nom, ser responsable de la seua assistència i garant de la seua voluntat expressada en este document.

Designa su representante a la persona anterior, para que realice en su 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 estricta de lo contenido en él. La misma deberá ser considerada como interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de su asistencia, para tomar decisiones en su nombre, ser responsable de su asistencia y garantizadora de su voluntad expresada en el presente documento.

C INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES

Altres instruccions que desitja que es tinguen en compte:
Otras instrucciones que desea que se tengan en cuenta:

DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS / DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

DONACIÓ DEL COS A LA CIÈNCIA / DONACIÓN DEL CUERPO A LA CIENCIA

LLOC ON VOL QUE SE L'ATENGA EN EL FINAL DE LA SEUA VIDA (CASA, HOSPITAL...) / LUGAR DONDE QUIERE QUE SE LE ATIENDA EN EL FINAL DE SU VIDA (DOMICILIO, HOSPITAL...)

DESITJA REBRE ASSISTÈNCIA ESPIRITUAL / DESEA RECIBIR ASISTENCIA ESPIRITUAL

ALTRES / OTRAS

_____, ____ d _____ del _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: _____

D NOMENAMENT DE REPRESENTANT / NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF / PASSAPORT DNI / NIF / PASAPORTE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS

Designa com a representant a la persona anterior, perquè faça en el seu nom la interpretació que puga ser necessària, sempre que no es contradiga amb cap de les voluntats anticipades que consten en este document, i també per a vetlar per l'aplicació estricta del que declara. Esta persona ha de ser considerada com a interlocutora vàlida i necessària amb l'equip sanitari responsable de la seua assistència, per a prendre decisions en el seu nom, ser responsable de la seua assistència i garant de la seua voluntat expressada en este document.

Designa su representante a la persona anterior, para que realice en su 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 estricta de lo contenido en él. La misma deberá ser considerada como interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de su asistencia, para tomar decisiones en su nombre, ser responsable de su asistencia y garantizadora de su voluntad expresada en el presente documento.

E ACCEPTACIÓ DEL REPRESENTANT (opcional) / ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)

DADES DE LA PERSONA SOL-LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI / NIF / PASSAPORT
DNI / NIF / PASAPORTE

Accepta la designació i està d'acord a ser el representant de la persona anterior, en el cas que ell/ella no puga expressar els seus desitjos respecte a la seua atenció sanitària. Comprén les directrius expressades en este document per la persona que representa i està d'acord a seguir-les. Entén que la seua representació només té sentit en el cas que la persona a qui representa no puga expressar ella mateixa estes directrius i en el cas que no haja revocat prèviament este document, bé totalment o bé en la part que l'afecta.

Accepta la designación y está de acuerdo en ser el representante de la persona anterior en el caso de que esta no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprende y está de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que representa. Entiende que su representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien representa no pueda expresar ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que le afecta.

_____, ____ d _____ del _____

La persona representant / La persona representante

Firma: _____

DNI: _____

F DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS / DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Els sotasignats, majors d'edat, declaren que la persona que signa este document de voluntats anticipades ho fa plenament conscient, sense que hagen pogut apreciar cap tipus de coacció en la seua decisió.

Així mateix, les persones sotasignades com a testimonis primer i segon, declaren que no tenen cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa este document.

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaran que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayan podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, de los tres testigos, los firmantes como testigos primero y segundo, declaran no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

_____, ____ d _____ del _____, ____ d _____ del _____

Testimoni primer / Testigo primero

Testimoni segon / Testigo segundo

Firma: _____

Firma: _____

DNI: _____

DNI: _____

Adreça:
Dirección: _____Adreça:
Dirección: _____

_____, ____ d _____ del _____

Testimoni tercer / Testigo tercero

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:
Dirección: _____

E ACCEPTACIÓ DEL REPRESENTANT (opcional) / ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)

DADES DE LA PERSONA SOL-LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI / NIF / PASSAPORT
DNI / NIF / PASAPORTE

Accepta la designació i està d'acord a ser el representant de la persona anterior, en el cas que ell/ella no puga expressar els seus desitjos respecte a la seua atenció sanitària. Comprén les directrius expressades en este document per la persona que representa i està d'acord a seguir-les. Entén que la seua representació només té sentit en el cas que la persona a qui representa no puga expressar ella mateixa estes directrius i en el cas que no haja revocat prèviament este document, bé totalment o bé en la part que l'afecta.

Accepta la designación y está de acuerdo en ser el representante de la persona anterior en el caso de que esta no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprende y está de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que representa. Entiende que su representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien representa no pueda expresar ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que le afecta.

_____, ____ d _____ del _____

La persona representant / La persona representante

Firma: _____

DNI: _____

F DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS / DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Els sotasignats, majors d'edat, declaren que la persona que signa este document de voluntats anticipades ho fa plenament conscient, sense que hagen pogut apreciar cap tipus de coacció en la seua decisió.

Així mateix, les persones sotasignades com a testimonis primer i segon, declaren que no tenen cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa este document.

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaran que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayan podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Asimismo, de los tres testigos, los firmantes como testigos primero y segundo, declaran no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

_____, ____ d _____ del _____, ____ d _____ del _____

Testimoni primer / Testigo primero

Testimoni segon / Testigo segundo

Firma: _____

Firma: _____

DNI: _____

DNI: _____

Adreça:
Dirección: _____Adreça:
Dirección: _____

_____, ____ d _____ del _____

Testimoni tercer / Testigo tercero

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:
Dirección: _____