

A DADES DEL SOL-LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE

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

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 atiendan (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:

1. 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.
2. S'instauren les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que puga ser causa de dolor o de patiment.
Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.
3. 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.
4. No se li administren tractaments complementaris i teràpies no contrastades que no demostrin 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 inscriure el document de voluntats anticipades en el Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana haurà d'estar en possessió de la targeta sanitària (SIP) de la CV. Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:

VALÈNCIA:

- Servei 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:

- Servei 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:

- Servei 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 inscribir el documento de voluntades anticipadas en el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana deberá estar en posesión de la tarjeta sanitaria (SIP) de la CV. 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.



DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA)
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA)

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

En _____, a _____, d _____ de _____
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.



DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA)
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA)

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.

En _____, a _____, d _____ de _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

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.

En _____, a _____, d _____ de _____

Testimoni primer / Testigo primero

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:/ Dirección: _____

En _____, a _____, d _____ de _____

Testimoni segon / Testimonio segundo

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:/ Dirección: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMEPTENT
FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

**DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT
PER LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA)
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO
PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y
SALUD PÚBLICA)**

**E INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

Nom de l'activitat de tractament	REGISTRE DE VOLUNTATS ANTICIPADES
Responsable del tractament	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Finalitat del tractament	<i>Registre de voluntats anticipades dels ciutadans per a poder ser consultats per Ucis o qualsevol Punt de xarxa assistencial quan siga necessari prendre una decisió respecte a un pacient i aquest no puga manifestar la seua voluntat.</i>
Legitimació	El tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. El tractament és necessari per al compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament. L'interessat va donar el seu consentiment per al tractament de les seues dades personals per a un o diverses finalitats específiques Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient Reial decret 1090/2015, de 4 de desembre, pel qual es regulen els assajos clínics amb medicaments LLEI 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana. LLEI 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana LLEI 8/2018, de 20 d'abril, de la Generalitat, de modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient, i altra legislació vigent en matèria sanitària
Drets de les persones interessades	Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970
Més informació	Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la conselleria de sanitat universal i salut pública en l'adreça electrònica http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es
Nombre de la Actividad de Tratamiento	REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
Responsable del tratamiento	Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
Finalidad del tratamiento	<i>Registro de voluntades anticipadas de los ciudadanos para poder ser consultados por Ucis o cualquier Punto de red asistencial cuando sea necesario tomar una decisión respecto a un paciente y este no pueda manifestar su voluntad. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. El interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos LEY 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana LEY 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria</i>
Legitimación	<i>Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para el ejercicio de esos derechos podrán presentarse de forma presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace : http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Derechos de las personas interesadas	<i>Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para el ejercicio de esos derechos podrán presentarse de forma presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace : http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Más información	Podrà consultar el registre de activitats de tractament de la conselleria de sanitat universal i salut pública en la direcció electrònica http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades Podrà contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es

A DADES DEL SOL-LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE

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

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 atiendan (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:

1. 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.
2. S'instauen les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que puga ser causa de dolor o de patiment.
Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.
3. 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.
4. 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 inscriure el document de voluntats anticipades en el Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana haurà d'estar en possessió de la targeta sanitària (SIP) de la CV. Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:

VALÈNCIA:

- Servei 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:

- Servei 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:

- Servei 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 inscribir el documento de voluntades anticipadas en el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana deberá estar en posesión de la tarjeta sanitaria (SIP) de la CV. 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.



DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA)
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA)

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

En _____, a _____, d _____ de _____
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.



DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA)
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA)

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.

En _____, a _____, d _____ de _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

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.

En _____, a _____, d _____ de _____

Testimoni primer / Testigo primero

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:/ Dirección: _____

En _____, a _____, d _____ de _____

Testimoni segon / Testimonio segundo

Firma: _____

DNI: _____

Adreça:/ Dirección: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMEPTENT
FECHA ENTRADA EN EL ÓRGANO COMPETENTE

**DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT
PER LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA)
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO
PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y
SALUD PÚBLICA)**

**E INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

Nom de l'activitat de tractament	REGISTRE DE VOLUNTATS ANTICIPADES
Responsable del tractament	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Finalitat del tractament	<i>Registre de voluntats anticipades dels ciutadans per a poder ser consultats per Ucis o qualsevol Punt de xarxa assistencial quan siga necessari prendre una decisió respecte a un pacient i aquest no puga manifestar la seua voluntat.</i>
Legitimació	El tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. El tractament és necessari per al compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament. L'interessat va donar el seu consentiment per al tractament de les seues dades personals per a un o diverses finalitats específiques Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient Reial decret 1090/2015, de 4 de desembre, pel qual es regulen els assajos clínics amb medicaments LLEI 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana. LLEI 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana LLEI 8/2018, de 20 d'abril, de la Generalitat, de modificació de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient, i altra legislació vigent en matèria sanitària
Drets de les persones interessades	Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970
Més informació	Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la conselleria de sanitat universal i salut pública en l'adreça electrònica http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es
Nombre de la Actividad de Tratamiento	REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
Responsable del tratamiento	Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
Finalidad del tratamiento	<i>Registro de voluntades anticipadas de los ciudadanos para poder ser consultados por Ucis o cualquier Punto de red asistencial cuando sea necesario tomar una decisión respecto a un paciente y este no pueda manifestar su voluntad. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. El interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos LEY 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana LEY 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria</i>
Legitimación	<i>Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para el ejercicio de esos derechos podrán presentarse de forma presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace : http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Derechos de las personas interesadas	<i>Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para el ejercicio de esos derechos podrán presentarse de forma presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace : http://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Más información	Podrà consultar el registre de activitats de tractament de la conselleria de sanitat universal i salut pública en la direcció electrònica http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades Podrà contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es