DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DECLARANTE:

Nombre completo:	Número de identificación:	Fecha de nacimiento:
Lugar de residencia:	Provincia: San Jose	Cantón: Central
Teléfono:	Correo electrónico:	Tipo de registro:

Declaro bajo fe de juramento que, en pleno uso de mis facultades, de manera libre, clara, expresa y consciente, con capacidad jurídica, realizo la declaración de Voluntades Anticipadas que se debe respetar en los diferentes servicios de salud. En caso que no pueda manifestarla, siendo consciente que el documento responde a un esquema basado en la calidad de vida y en los derechos humanos fundamentales. Declaro además que he recibido información clara, concreta y objetiva, respecto a las implicaciones del contenido de este documento, en torno a las implicaciones de calidad de vida y los procesos de muerte digna.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES DE LAS PERSONAS:

Autorizo la publicación de la formalización de este acto en el Registro Nacional de Voluntades Anticipadas y en el EDUS.

ACERCA DE MIS VOLUNTADES:

En relación con enfrentar situaciones clínicas críticas e irreversibles respecto a la vida, y/o la inminencia de la muerte vinculada a procesos que tengan que ver con: traumatismo, daño cerebral irreversible, enfermedad oncológica avanzada, enfermedad neurológica degenerativa avanzada, enfermedades crónicas avanzadas y/o irreversibles, y donde me sea imposible por mis circunstancias clínicas tomar o expresar mis decisiones, referentes a la atención médica que se me suministre, se debe respetar lo manifestado en este documento de voluntad anticipada.

DECLARO QUE:

☐ Que **NO** me sean aplicadas medidas de prolongación biológica y de soporte vital (fármacos, alimentación artificial, diálisis, fluidos, soporte cardio respiratorio, ventilación artificial en cualquiera de sus modalidades) que solo busquen prolongar mi vida por medios artificiales, en caso que no se puede garantizar un impacto positivo en mi pronóstico y calidad de vida.

☐ Autorizo expresamente a que, si llegara a recibir tratamientos de soporte vital (fármacos, alimentación artificial, diálisis, fluidos, soporte cardio respiratorio, ventilación artificial en cualquiera de sus modalidades) y estos se consideran fútiles, desproporcionados o contrarios a mis deseos expresados, se proceda a su suspensión o retiro. Declaro que esta decisión no tiene como objetivo provocar mi muerte, sino evitar la obstinación terapéutica y permitir el curso natural de mi enfermedad, garantizando siempre la aplicación de cuidados paliativos y el alivio de síntomas.

☐ Que **NO** se me apliquen procedimientos invasivos o no invasivos únicamente dirigidos a alargar mi vida, sin impacto positivo en mi calidad de vida.

☐ Que **NO** se me apliquen tratamientos o procedimientos que me puedan generar secuelas cognitivas (mentales) o motoras (de movilidad) graves e irreversibles que limiten mi independencia.

☐ Que se utilicen todas las medidas y procedimientos que sean necesarios para mitigar / minimizar, evitar y controlar efectivamente, mis síntomas, mi dolor, mi malestar y mi sufrimiento.

☐ Deseo estar acompañado(a) en mi proceso de muerte, (dentro de las posibilidades epidemiológicas o de la capacidad de los centros de salud).

☐ Deseo recibir apoyo religioso o espiritual en mi proceso de muerte, (dentro de las posibilidades epidemiológicas o de la capacidad de los centros de salud).

OTRAS DISPOSICIONES:

Deseo que el personal de salud y las personas encargadas de tomar decisiones en mi nombre, en caso de encontrarme en una situación clínica que me impida expresar personalmente mi voluntad, consideren los valores vitales, éticos, morales, religiosos y convicciones personales que aquí expreso.

**Este ítem es opcional por parte de la persona declarante, en caso de no desear expresar nada, debe de indicarlo en el cuadro.*

Firma del Declarante:

REPRESENTANTE SANITARIO:

Nombro como representante sanitario, quien fungirá como interlocutor y garante de la ejecución de mi voluntad, a:

Nombre completo:	Número de identificación:	Teléfonos:
Correo electrónico:		Lugar de residencia:

SUPLENTES:

Nombre completo:	Número de identificación:	Teléfonos:
Correo electrónico:		Lugar de residencia:

Nombre completo:	Número de identificación:	Teléfonos:
Correo electrónico:		Lugar de residencia:

Dejo constancia que los designados representantes cumplen con los requisitos de la ley 10231

Firma del representante:

Firma de los suplentes:

TESTIGOS:

El presente documento se formaliza ante los dos testigos abajo firmantes, que declaran que son mayores de edad, con plena capacidad jurídica sin relación de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante.

Los presentes testigos señalamos bajo fe de juramento que la persona declarante emitió esta voluntad anticipada de forma libre, clara, expresa, consciente y en plena capacidad jurídica.

TESTIGO 1:

Nombre:	Número de identificación:

TESTIGO 2:

Nombre:	Número de identificación:

Que las personas que firman este documento de Voluntades Anticipadas lo han hecho plenamente conscientes, sin que se haya podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Firmamos en a las horas del día del mes del año .

Testigo 1 Testigo 2

DECLARACIÓN JURADA DEL PROFESIONAL(ES) QUE FORMALIZA LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Nombre completo	**Número de identificación**
Carné o código	**Profesión**

Nombre completo	**Número de identificación**
Carné o código	**Profesión**

Declaro y/o declaramos, bajo fe de juramento que me encuentro y/o nos encontramos debidamente habilitado(s) en el ejercicio de la profesión y conozco y/o conocemos las penas con las que la ley sanciona el delito de perjurio, y en consecuencia, me encuentro y/o nos encontramos facultado(s) para formalizar la siguiente voluntad anticipada.

*En caso de huella dactilar de algún participante por favor aclarar la huella del dedo empleado y se certifique la huella por parte del formalizador.

Firma de cada profesional: