



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B ACREDITACIÓ, DOCÈNCIA
/ I RECERCA SALUT

Solicitud de inscripción de un documento de voluntades anticipadas

Nombre y apellidos:

Sexo:

Estado civil:

DNI/NIE/pasaporte nº:

Tarjeta sanitaria nº:

CIP nº:

Nacido/a en:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio, CP y población:

Teléfono:

Nombre y apellidos del representante (sólo si es el que presenta la solicitud):

SOLICITO la inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas de las Illes Balears del documento incluido.

DECLARO conocer que el Registro de Voluntades Anticipadas remitirá el contenido del documento únicamente al médico que me atienda en el momento en que, por mi situación, no me sea posible expresar mi voluntad y sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes.

AUTORIZO al Registro a facilitar de oficio al personal de los centros sanitarios el conocimiento de la existencia (no su contenido) del documento.
(márquese lo que proceda)

SI / NO

Palma, a 15 de noviembre de 2017

SR./SRA. ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LAS ILLES BALEARS. DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN