Documento de Expresión Anticipada de Voluntades Persona otorgante Representante **Notario** 3 Testigos Nombre y Apellidos otorgante Documento de Expresión Documento de Expresión Anticipada de Voluntades DNI o pasaporte Anticipada de Voluntades Domicilio Localidad Nombre y Apellidos testigos Nombre y Apellido notario **Datos Identidad Representante** Declaración Expresión Solicitud de Inclusión en el Solicitud de Inclusión en el Anticipada de Voluntades Registro de Expresión Registro de Expresión Anticipada de Voluntades Anticipada de Voluntades Médico responsable Médico responsable **Centro Sanitario Centro Sanitario** Registro Gral. de la Consejería Registro Gral. de la Consejería Centros de Atención Administrativa Centros de Atención Administrativa Servicios Atención Usuario Servicios Atención Usuario Registro de Expresión Anticipada de Voluntades Documento de Expresión Documento de Expresión Anticipada de Voluntades Anticipada de Voluntades 112 en la Historia Clínica del en la Historia Clínica del paciente paciente Médico o **Equipo Sanitario** en el momento de hacer efectivas las voluntades del paciente