

Esta es mi Voluntad

I

A mi familia, a mis médicos, a cualquier persona o institución responsable de la asistencia en mi enfermedad

La muerte es algo tan natural como el nacimiento, es lo único seguro en la vida. Si llegare el momento en el que yo _____ no pueda tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud, hoy de manera libre, espontánea, informada y expresa pido que el contenido de la siguiente declaración sea observado como una clara y fiel expresión de mi voluntad, manifestada libremente, con plena capacidad legal y en uso pleno de mis facultades mentales.

Si se presenta una situación en que no exista esperanza de tratar o de curar mi enfermedad, -es decir que me encuentre con una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible y/o terminal, - pido que no se utilicen tratamientos, medicamentos o medidas que tengan por objeto prolongar sin razón e inútilmente mi vida o mantenerla por medios artificiales, lo cual no excluye que me suministren los cuidados paliativos necesarios para aliviar mi sufrimiento. En consecuencia rechazo expresamente a título de ejemplo las siguientes: reanimación cardiopulmonar, respiración mecánica o artificial, medidas invasivas de nutrición, diálisis renal. Esta decisión la tomo después de cuidadosa reflexión y con fundamento en la Constitución Nacional, las leyes colombianas en especial: Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981), la Ley de cuidados Paliativos (Ley 1733 de 2014), los Derechos del Paciente (Resolución 17437 de 1991) y en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Manifiesto además que en caso de sufrir enfermedad o lesión del cerebro por ejemplo: accidente vascular cerebral (infarto, hemorragia, derrame, oclusión vascular), a consecuencia de la cual quede con limitaciones físicas o mentales por los que pierda mi autonomía, no deseo ser resucitado/a, reanimado/a ni apoyado/a artificialmente, porque prefiero morir que estar en estas condiciones, que no garantizan una vida digna.

Entiendo que la presente manifestación de voluntad puedo revocarla en cualquier momento de manera voluntaria

Fecha: _____ Firma: _____
Dirección _____ C.C _____ de: _____
Ciudad: _____ Tel: _____
E-mail: _____ Celular: _____

Para que mi voluntad aquí expresada sea conocida y respetada, designo de manera especial pero no exclusiva a:

Nombre: _____ Firma: _____
Dirección _____ C.C _____ de: _____
E-mail: _____ Tel: _____ Cel.: _____

Nombre: _____ Firma: _____
Dirección _____ C.C _____ de: _____
E-mail: _____ Tel: _____ Cel.: _____

Copias de este documento han sido entregadas a:

Fundación Pro **DERECHO A MORIR DIGNAMENTE**

Carrera 11 N°. 73-44 Oficina 508 Bogotá, Colombia

Teléfonos: 345 4065 - 347 3365 / Fax: 313 1607

www.dmd.org.co E-mail: info@dmd.org.co

