

Suscripción de Documento de Voluntad Anticipada (DVA) Solicitud de Cuidados Paliativos

Yo, _____ identificada/o con el documento (tipo) _____
No. _____ de _____ nacida/o en (país) _____ el
(día/mes/año) _____ con _____ años cumplidos, suscribo el presente documento que, en concordancia con el principio-valor de dignidad humana, garantiza el ejercicio de mis siguientes derechos: (1) libre desarrollo de la personalidad, (2) autonomía, (3) intimidad, (4) libertad de conciencia, (5) no ser sometida/o a tratos crueles, inhumanos, ni degradantes, de acuerdo con las demás disposiciones constitucionales de la República de Colombia, dirigidas a amparar y respetar la voluntad de los individuos en un Estado secular y pluralista.

Para la firma de este **Documento de Voluntad Anticipada (DVA)/ Solicitud de Cuidados Paliativos**, certifico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de toda coacción, y que conozco completamente las implicaciones de la presente declaración. Al firmarlo, expreso que he recibido información clara, suficiente y objetiva para garantizar que la toma de decisiones frente a mi cuidado personal, mi salud y el proceso de mi muerte se lleven a cabo en el marco de mis valores personales cuando, por causas relacionadas con la enfermedad o el proceso de envejecimiento, no pudiere expresar mis preferencias o voluntad debido a alteraciones de mi conciencia que deriven en incapacidad mental o legal.

Con fundamento en los valores que enmarcan mi existencia y mi entorno cultural y las creencias e ideología que me definen, solicito de forma específica, clara, explícita e inequívoca que se me suministren los **cuidados paliativos** necesarios para aliviar mi sufrimiento y mi dolor si me llegare a encontrar en una situación de final de vida en la que no exista esperanza de cura o de tratamiento razonable por diagnóstico de enfermedad crónica irreversible, de enfermedad terminal y/o de agonía, y apelo a los mismos cuidados si estando aparentemente sana/o se me notificara de un diagnóstico de enfermedad terminal y/o de agonía.

A continuación expreso algunas de mis preferencias, las cuales cito a modo de ejemplo por no ser taxativas ni estar expresamente limitadas a ella. Manifiesto, como expresión de mi voluntad, que **NO** se me debe someter a medios, tratamientos y/o procedimientos artificiales que prolonguen mi proceso de muerte y que tengan por objetivo prolongar mi vida inútilmente y sin razón, tales como reanimación cardiopulmonar, respiración mecánica o artificial, medidas invasivas de nutrición, diálisis renal, traslado a unidad de cuidados intensivos (UCI). También manifiesto que deseo **NO** ser resucitada/o ni reanimada /o ni apoyada/o artificialmente en caso de sufrir alguna enfermedad o lesión cerebral (evento cerebro-vascular, tumor y/o infarto) que comprometa mi funcionalidad y autonomía, y que me limite física y/o mentalmente de manera grave. Esta determinación la tomo enteramente informada/o de sus consecuencias y la hago consciente de que prefiero morir antes que someterme a las circunstancias aquí señaladas, ya que ellas afectarían ostensiblemente mis convicciones acerca de lo que significa vivir con dignidad.

En relación con la donación de órganos y tejidos: **SI** ____ **NO** ____ deseo ser donante. En caso afirmativo, los dono con fines de: Trasplantes ____ Investigación ____ Docencia ____

Además, es mi voluntad que se tengan en cuenta las siguientes preferencias e indicaciones: _____

Este documento se formaliza el _____ en _____
dia/mes/año ciudad

Firma _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Celular _____ E-mail: _____



TESTIGO 1

Yo, _____ identificado con documento (tipo) _____
nombres y apellidos completos como aparecen en el documento de identidad

No. _____ de _____ y fecha de nacimiento (día/mes/año) _____, declaro

(1) que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de toda coacción, (2) que conozco las implicaciones de la presente declaración y (3) que no me encuentro inhabilitada/o para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma que me encuentro informada/o sobre la voluntad y preferencias aquí descritas y que comprendo la naturaleza y consecuencias de los contenidos de este documento.

FIRMA de quien se presenta como testigo _____

No. de celular

Correo electrónico

TESTIGO 2

Yo, _____ identificado con documento (tipo) _____
nombres y apellidos completos como aparecen en el documento de identidad

No. _____ de _____ y fecha de nacimiento (día/mes/año) _____, declaro

(1) que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de toda coacción, (2) que conozco las implicaciones de la presente declaración y (3) que no me encuentro inhabilitada/o para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma que me encuentro informada/o sobre la voluntad y preferencias aquí descritas y que comprendo la naturaleza y consecuencias de los contenidos de este documento.

FIRMA de quien se presenta como testigo _____

No. de celular

Correo electrónico

.....
El suscriptor del presente DVA podrá modificarlo, sustituirlo y/o revocarlo en cualquier tiempo y lugar siguiendo los procedimientos establecidos para su formalización (*Resolución 2665/2018. Artículo 10*).

Este documento responde a los principios contemplados en la Constitución Política de Colombia, Leyes Estatutarias y Disposiciones Reglamentarias relacionadas y vigentes al momento de su suscripción. C.P.C: artículos 13, 15, 16, 18, 19, 20, 28; Ley Estatutaria de Salud: Ley 1751/2015; Código de Ética Médica: Ley 23/1981; Ley de Cuidados Paliativos: Ley 1733/2014; Derechos de los Pacientes: Resolución 17437/1991; Derecho a la Suscripción del Documento de Voluntad Anticipada: Resolución 2665/2018 y Jurisprudencia Constitucional, entre otras disposiciones nacionales

