



Esta es mi voluntad I

Suscripción de Documento de Voluntad Anticipada (DVA) Solicitud de Cuidados Paliativos y Adecuación de Esfuerzo Terapéutico

La muerte es algo tan natural como otros momentos de la vida; por eso hoy, de manera libre, espontánea, informada y expresa pido a mi familia, mis cuidadores, equipo de salud, y demás seres queridos, que respeten y cumplan el contenido de la siguiente declaración y que ésta sea interpretada como una clara y fiel expresión de mi voluntad, si llegara el momento en el que yo no pueda tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud y el final de mi vida.

Yo _____, con (tipo de documento) _____ No. _____ de _____, con lugar de nacimiento en (país) _____ el (fecha) _____, y 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 sometimiento a tratos crueles, inhumanos ni degradantes, de acuerdo con las demás disposiciones constitucionales de la República de Colombia que amparan y respetan la voluntad de los individuos en un Estado laico y pluralista.

Por medio de la firma de este Documento de Voluntad Anticipada (DVA) / *Solicitud de Cuidados Paliativos y Adecuación de Esfuerzo Terapéutico*, certifico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, que tomo estas decisiones libre de toda coacción, y que conozco el alcance y las implicaciones de esta 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 una enfermedad grave e incurable (incluyendo enfermedades neurodegenerativas), una condición de salud extrema por lesión corporal, una condición clínica de final de vida, un trastorno grave del estado de conciencia o cuando, por el proceso de envejecimiento, no pudiese expresar mis preferencias o voluntad.

Con fundamento en los valores que enmarcan mi existencia y mi entorno cultural, así como en las creencias, valores, ideología, identidad y principios que me definen solicito de forma específica, clara, explícita e inequívoca que cuando no exista esperanza de cura o de tratamiento razonable la atención médica se limite a aliviar los síntomas provocados por mi condición o diagnóstico dentro de las medidas razonables, proporcionales y justas. Es decir, que se me suministren los **CUIDADOS PALIATIVOS** necesarios para aliviar el sufrimiento y dolor, incluyendo protocolos de adecuación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa. Manifiesto, como expresión de mi voluntad, que no deseo que se me someta a medios, tratamientos y/o procedimientos artificiales que prolonguen mi proceso de final de vida y que tengan por objetivo prolongar mi vida inútilmente y sin razón. Por lo tanto, solicito que sean suspendidas aquellas intervenciones fútiles iniciadas que tengan como objetivo prolongar mi vida inútilmente, si estas fueron realizadas previamente al conocimiento de este documento.

A continuación, expreso algunas de las intervenciones que rechazo, las cuales cito a modo de ejemplo, aunque no sean las únicas que tengo, como reanimación cardiopulmonar, respiración mecánica o artificial, medidas invasivas de nutrición, diálisis renal, traslado a unidad de cuidados intensivos (UCI). Del mismo modo, manifiesto que no deseo recibir reanimación, ni resucitación, ni apoyo artificial en caso de sufrir alguna enfermedad o lesión cerebral (evento cerebrovascular, tumor y/o infarto) que comprometa mi funcionalidad y autonomía, y que me limite física y/o mentalmente de manera grave.



Dirección: Carrera 11 No. 73-44 Oficina 508 (Bogotá)

Tel: ☎ 300 426 56 08 - 345 40 65 • **Correo:** info@dmd.org.co



Manifiesto que conozco todas las consecuencias y declaro que tomo estas decisiones 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.

Representante en Salud. En caso de encontrarme ante una situación en la que no desee o no pueda expresar mi voluntad delego como representante(s) para la toma de decisiones adicionales en mi proceso de enfermedad y final de vida, a:

- _____ con (tipo de documento) _____ No. _____, quien es mi _____ (tipo de vínculo) y puede contactarse al teléfono(s) _____ o al correo electrónico _____.
- _____ con (tipo de documento) _____ No. _____, quien es mi _____ (tipo de vínculo) y puede contactarse al teléfono(s) _____ o al correo electrónico _____.

Esta(s) persona(s) ha(n) sido elegida(s) con anterioridad a la suscripción de este documento, conoce(n) mis intenciones, mis ideales de dignidad, y respeta(n) mis creencias. Además, le(s) he encomendado mis decisiones porque sé que actuará(n) como yo lo haría si estuviese en la capacidad de hacerlo.

Donación de órganos. En relación con la donación de órganos y tejidos: Sí 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 adicionales:

Este documento se formaliza el _____ en la ciudad, _____
(día/ mes / año) (Ciudad de expedición del DVA)

Firma _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Celular _____ E-mail: _____





Formalización de Documento de Voluntad Anticipada ante dos testigos

Al ser testigo de este documento no tengo ningún conflicto de interés, más allá de dar fe de la voluntad aquí manifiesta

TESTIGO 1

Yo _____, con (tipo de documento de identidad) _____ No. _____, 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 tengo inhabilidad para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma, que cuento con plena información 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 _____

Celular _____ E-mail: _____

TESTIGO 2

Yo _____, con (tipo de documento de identidad) _____ No. _____, 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 tengo inhabilidad para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma, que cuento con plena información 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 _____

Celular _____ E-mail: _____

El presente DVA podrá ser modificado, sustituido y/o revocado en cualquier momento de acuerdo con la normatividad vigente.

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 13437 de 1991; Derecho a la Suscripción del Documento de Voluntad Anticipada: Resolución 2665/2018; Los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el SGSSS y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud: Res. 229 de 2020 y Jurisprudencia Constitucional: Sentencias T-493 de 1993, T-1087/07, C-233/14, entre otras disposiciones nacionales.

