



## *Esta es mi voluntad II*

### **Suscripción de Documento de Voluntad Anticipada (DVA)**

### **Solicitud de Muerte Medicamente Asistida: Eutanasia o Asistencia médica al suicidio**

*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 dirigidas a amparar y respetar 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 Muerte Medicamente Asistida: Eutanasia o Asistencia médica al suicidio*, certifico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales; además, 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 pudiere 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, ante una enfermedad o condición crónica, que me produzca un sufrimiento que yo considere insoportable, y comprometa mi calidad de vida, se anticipe mi muerte por medio de la eutanasia o la asistencia médica al suicidio. Manifiesto hoy, en este documento, la decisión de un final así para mi vida. La escojo voluntariamente y con claro criterio, pues la prefiero antes que se me someta a condiciones de prolongación de mi existencia que me causen intenso dolor y sufrimiento y que considero inútiles.

Manifiesto que conozco todas las consecuencias y declaro que tomo estas decisiones consciente de que prefiero morir antes que someterme a circunstancias que 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:



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

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



- \_\_\_\_\_ 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; Carta de derechos y deberes: 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, Derecho a la Suscripción del Documento de Voluntad Anticipada: Resolución 2665/2018 y Jurisprudencia Constitucional, Sentencias C-239 de 1997, C-164 de 2022, C-233 de 2021, Sentencia T-423 de 2017, entre otras disposiciones nacionales.*

