



Esta es mi voluntad I

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

Este documento se enmarca en el enfoque de género como principio para la construcción de espacios seguros desde la ética del cuidado, libres de violencia y discriminación, con el fin de reconocer el derecho a morir dignamente de todas las personas en Colombia.

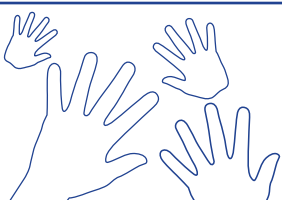
La muerte es algo tan natural como otros momentos de la vida; por eso si llegara el momento en el que yo _____ (nombre identitario), no pueda tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud y mi final de vida, hoy de manera libre, espontánea, informada y expresa pido a mi familia, mis cuidadores, 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.

Yo _____ (nombre identitario)¹, bajo el nombre jurídico _____ (nombre en documento de identidad), 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 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 Cuidados Paliativos y Adecuación de Esfuerzo Terapéutico**, 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 mi conciencia o 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 de género, orientación sexual 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 muerte 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 prologar mi vida inútilmente, si estas fueron instauradas previamente al conocimiento de este documento.

¹ (Corte Constitucional, sentencia T-033 de 2020).





A continuación, expreso algunas de mis preferencias las cuales cito a modo de ejemplo, aunque no se limitan solo a ellas, tales 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.

Manifiesto que conozco todas las consecuencias y declaro que tomo estas decisiones consciente de que prefiero morir en vez de 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:

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

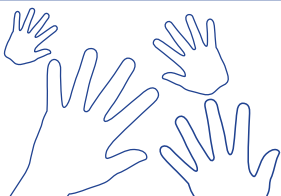
Donación de órganos. En relación con la donación de órganos y tejidos: SI ☐ NO ☐ deseo ser donante.

En caso afirmativo, la donación se realizará con fines de: Trasplante ☐ Investigación ☐ Docencia ☐

Decisiones adicionales en escenarios de atención en salud. Cuando me encuentre en un escenario clínico en el que requiera atención médica solicito que la atención en salud esté basada en el respeto a mi identidad y expresión de género, así como en mi construcción de identidad elegida. De esta manera es mi voluntad que se tengan en cuenta las siguientes preferencias:

Deseo que se respete mi nombre identitario _____ (nombre elegido), que únicamente se utilice este nombre para referirse a mí y de ser necesario, se utilice el pronombre _____ (“el, ella o elle”). Así mismo solicito que en términos de vestimenta me sean dispuestos aquellos que sean acordes con mi identidad.

SI ☐ NO ☐ deseo que se continúe de manera óptima mi proceso hormonal (feminización o masculinización) siempre y cuando no genere un riesgo que afecte los procedimientos necesarios para garantizar el bienestar de mi salud.





Decisiones post-mortem. Los Documentos de Voluntad Anticipada tienen como finalidad preservar la voluntad de las personas en los escenarios de salud y final de vida, a la luz de la Resolución 2665 de 2018. Por esta razón no aplica para el presente documento garantizar las decisiones post-mortem; sin embargo, sí permite adjuntar algunos postulados con la intención de ser motivo de diálogo y reconocimiento en el núcleo personal, social o familiar de quien interese:

Que, al momento de mi fallecimiento, para efecto de la realización del acta de defunción y demás trámites y rituales funerarios se me identifique como _____ (*nombre identitario); y, de igual manera, este nombre se plasme en la lápida o placa que conmemora mi vida.

Que al momento de mi fallecimiento y en la realización de mi despedida, se utilice la vestimenta que me identifique con la identidad de género elegida.

Para efecto de las situaciones que surjan después de mi fallecimiento delego como responsable en la toma de decisiones sobre la destinación de mi cuerpo (___ cremación o ___ sepultura), la realización del ritual de despedida y las personas que deseo asistan en mencionado momento, a:

- (opción 1) _____ (*nombre identitario) con _____ (nombre jurídico) que se identifica con documento _____ No. _____, quien es mi (tipo de vínculo) _____.
- (opción 2) _____ (*nombre identitario) con _____ (nombre jurídico) que se identifica con documento _____ No. _____, quien es mi (tipo de vínculo) _____.

Esta(s) persona(s) conoce(n) mis valores, ideología, orientación, principios, que reflejan mi existencia y mi realidad cultural y social; además, le(s) he encomendado mis decisiones porque sé que actuará(n) como yo lo quisiera en el momento de mi muerte.

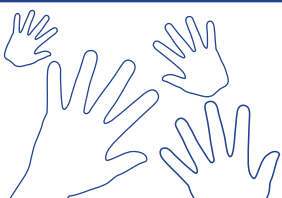
Además, es mi voluntad que se tengan en cuenta las siguientes preferencias e indicaciones adicionales:

Este documento se formaliza el _____ en la ciudad, _____
(día/ mes / año) (ciudad)

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 _____(nombre identitario), bajo el nombre jurídico _____
(nombre en documento de identidad), 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

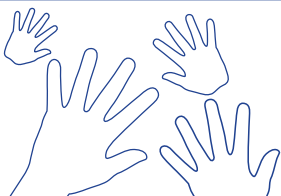
Yo _____(nombre identitario), bajo el nombre jurídico _____
(nombre en documento de identidad), con (tipo de documento de identidad) _____
No. _____, declaro (1) que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de toda
coacción, (2) que conozco las implicaciones de la presente declaración 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; Directiva 005 de 202 y Jurisprudencia Constitucional Sentencia T-033/2022 en la que se acepta el uso del nombre identitario; Sentencia T-068/2021 en la que se reconoce que la comunidad LGTBIQ+ sufre patrones de discriminación; Sentencia 443/2020 por la cual se protege a las personas transgénero el derecho al libre desarrollo de su personalidad; Sentencia SU 214/2016 por la cual se acepta el matrimonio igualitario, entre otras disposiciones nacionales; T-171/2022 sobre la vulneración por diferimiento de donantes de sangre basado en identidad de género y orientación sexual.





Esta es mi voluntad II

Suscripción de Documento de Voluntad Anticipada (DVA)

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

Este documento se enmarca en el enfoque de género como principio para la construcción de espacios seguros desde la ética del cuidado, libres de violencia y discriminación, con el fin de reconocer el derecho a morir dignamente de todas las personas en Colombia.

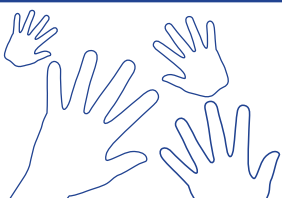
La muerte es algo tan natural como otros momentos de la vida; por eso si llegara el momento en el que yo _____ (nombre identitario), no pueda tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud y mi final de vida, hoy de manera libre, espontánea, informada y expresa pido a mi familia, mis cuidadores, 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.

Yo _____ (nombre identitario), bajo el nombre jurídico _____ (nombre en documento de identidad), 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 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 mi conciencia o 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 de género, orientación sexual y principios que me definen, solicito de forma específica, clara, explícita e inequívoca que ante una enfermedad o condición crónica que me genere un sufrimiento determinado por mi como insoportable, y comprometa mi calidad de vida, se anticipe mi muerte por medio de la eutanasia o de la asistencia médica al suicidio. La decisión que hoy manifiesto en este documento, de un final así para mi vida, la escojo voluntariamente y con claro criterio, pues la prefiero en vez de que se me someta a condiciones de prolongación de mi existencia que me causen intenso dolor y sufrimiento que considero inútiles.

Manifiesto que conozco todas las consecuencias y declaro que tomo estas decisiones consciente de que prefiero morir en vez de 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:

- _____ (*nombre identitario) con nombre jurídico _____, con _____ (No. tipo de documento) _____, quien es mi (tipo de vínculo) _____ y puede contactarse al teléfono(s) _____ o al correo electrónico _____.
- _____ (*nombre identitario) con nombre jurídico _____, con _____ (No. tipo de documento) _____, 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: SI ___ NO___ deseo ser donante.

En caso afirmativo, la donación se realizará con fines de: Trasplante ___ Investigación ___ Docencia ___

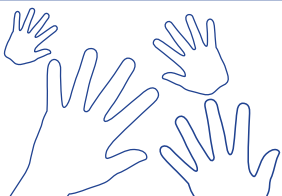
Decisiones adicionales en escenarios de atención en salud. Cuando me encuentre en un escenario clínico en el que requiera atención médica solicito que la atención en salud esté basada en el respeto a mi identidad y expresión de género, así como en mi construcción de identidad elegida. De esta manera es mi voluntad que se tengan en cuenta las siguientes preferencias:

Deseo se respete mi nombre identitario _____ (nombre elegido), que únicamente se utilice este nombre para referirse a mí y de ser necesario, se utilice el pronombre _____ (“el, ella o elle”). Así mismo, solicito que en términos de vestimenta me sean dispuestos aquellos que sean acordes con mi identidad.

SI ___ NO ___ deseo que se continúe de manera óptima mi proceso hormonal (feminización o masculinización) siempre y cuando no genere un riesgo que afecte los procedimientos necesarios para garantizar el bienestar de mi salud.

Decisiones post-mortem. Los Documentos de Voluntad Anticipada tienen como finalidad preservar la voluntad de las personas en los escenarios de salud y final de vida, a la luz de la Resolución 2665 de 2018. Por esta razón no aplica para el presente documento garantizar las decisiones post-mortem; sin embargo, sí permite adjuntar algunos postulados con la intención de ser motivo de diálogo y reconocimiento en el núcleo personal, social o familiar de quien interese:

Que, al momento de mi fallecimiento, para efecto de la realización del acta de defunción y demás trámites y rituales funerarios se me identifique como _____ (*nombre identitario); y, de igual manera, este nombre se plasme en la lápida o placa que conmemora mi vida.





Que al momento de mi fallecimiento y en la realización de mi despedida, se utilice la vestimenta que me identifique con la identidad de género elegida.

Para efecto de las situaciones que surjan después de mi fallecimiento delego como responsable en la toma de decisiones sobre la destinación de mi cuerpo (___ cremación o ___ sepultura), la realización del ritual de despedida y las personas que deseo asistan en mencionado momento, a:

- (opción 1) _____ (*nombre identitario) con _____ (nombre jurídico) que se identifica con documento _____ No. _____, quien es mi (tipo de vínculo) _____.
- (opción 2) _____ (*nombre identitario) con _____ (nombre jurídico) que se identifica con documento _____ No. _____, quien es mi (tipo de vínculo) _____.

Esta(s) persona(s) conoce(n) mis valores, ideología, orientación, principios, que reflejan mi existencia y mi realidad cultural y social; además, le(s) he encomendado mis decisiones porque sé que actuará(n) como yo lo quisiera en el momento de mi muerte.

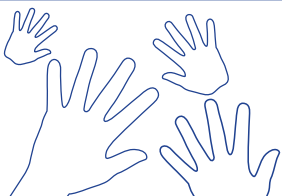
Además, es mi voluntad que se tengan en cuenta las siguientes preferencias e indicaciones adicionales:

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 _____ (nombre identitario), bajo el nombre jurídico _____ (nombre en documento de identidad), 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 _____ (nombre identitario), bajo el nombre jurídico _____ (nombre en documento de identidad), 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; Reconocimiento al nombre identitario: Directiva 005 de 2021; Decreto y Jurisprudencia Constitucional: Sentencia T-033/2022 en la que se acepta el uso del nombre identitario; Sentencia T-068/2021 en la que se reconoce que la comunidad LGTBQ+ sufre patrones de discriminación; Sentencia 443/2020 por la cual se protege a las personas transgénero el derecho al libre desarrollo de su personalidad; Sentencia SU 214/2016 por la cual se acepta el matrimonio igualitario, entre otras disposiciones nacionales; Sentencia T - 236/2023 por la cual concede amparo, prohibición de discriminación y acoso laboral a persona transgénero; Derecho a morir dignamente: Sentencias C-239 de 1997, C-164 de 2022, C-233 de 2021, Sentencia T-423 de 2017, entre otras disposiciones nacionales; T-171/2022 sobre la vulneración por diferimiento de donantes de sangre basado en identidad de género y orientación sexual.

