

ESTA ES MI VOLUNTAD

Suscripción de Documento de Voluntad Anticipada (DVA)

La muerte es algo tan natural como otros momentos de la vida; por eso, si llegara el momento en el que 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 esta sea interpretada como una clara y fiel expresión de mi voluntad. Esta declaración la hago completamente informada/o acerca de las condiciones sobre las cuales proyecto mi voluntad y asumo a cabalidad las consecuencias que conlleva la presente determinación dentro del marco de mis valores, mi conciencia y mis decisiones personales.

Yo, _____ identificado/a con ____ No. _____, 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.

Por medio de este documento certifico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales; además, que estas decisiones son tomadas sin coacción y que tengo conocimiento del alcance y las implicaciones de mi 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, una lesión corporal o el proceso de envejecimiento, no pudiese expresar mis preferencias o voluntad.

Voluntad anticipada frente a diferentes escenarios en salud

Definición de cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: los cuidados paliativos y la adecuación del esfuerzo terapéutico tienen como finalidad aliviar el dolor, el sufrimiento y otros síntomas físicos, emocionales y espirituales derivados de una condición de salud grave, avanzada o incurable, mediante medidas razonables, proporcionales y justas. Incluyen, cuando es necesario, la sedación paliativa, así como el rechazo de tratamientos, procedimientos o medidas artificiales e invasivas que prolonguen de manera inútil el proceso de muerte o la vida sin posibilidad de recuperación.

Definición de muerte médicamente asistida – eutanasia y asistencia médica al suicidio: la eutanasia es un procedimiento médico con el que se adelanta la muerte de una persona que, a causa de una enfermedad grave, degenerativa e incurable, ha expresado su deseo de anticipar su muerte dado que no existe posibilidad de cura para su condición. La asistencia médica al suicidio, por otra parte, se define como un procedimiento que tiene el mismo fin que la eutanasia, sin que sea el médico quien aplica los medicamentos; en esta modalidad el médico solamente se los entrega al paciente, quien se los auto suministra. A continuación, hago una manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto de mis preferencias en relación con el cuidado futuro de mi salud ante determinados escenarios clínicos, así como preferencias para el final de mi vida.





Enfermedad grave e incurable

En caso de encontrarme ante una enfermedad grave e incurable que me cause dolor y/o sufrimiento, que sea calificado por mí como insoportable o que me incapacite para tener una existencia racional y autónoma; o en caso de no poder tomar mis propias decisiones, solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ__ NO __
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**: SÍ__ NO __

Condición clínica de final de vida

En caso de encontrarme en una condición clínica de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ__ NO __
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**: SÍ__ NO __

Condición de salud extrema por lesión corporal

En caso de encontrarme en una situación crónica a causa de un accidente o lesión corporal, que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico, la movilidad autónoma y que me provoque dependencia absoluta, solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ__ NO __
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**: SÍ__ NO __

Trastornos graves del estado de conciencia

En caso de encontrarme ante un trastorno grave del estado de conciencia (estado de coma, estado vegetativo, estado de mínima conciencia, entre otros), solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ__ NO __
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**: SÍ__ NO __

Enfermedad neurológica degenerativa y/o irreversible

Si como consecuencia de una enfermedad neurológica degenerativa (Alzheimer, frontotemporal, vascular, la enfermedad por cuerpos de Lewy, entre otras), me encuentro sin la posibilidad de tomar mis propias decisiones, solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ__ NO __
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**: SÍ__ NO __

Otras decisiones en relación con mi cuidado

Representante en toma de decisiones 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:

- _____ identificado/a con _____ No. _____
 , quién es mí _____ y puede contactarse al teléfono _____
 o al correo electrónico _____



- _____ identificado/a con _____ No. _____
 , quién es mí _____ y puede contactarse al teléfono _____
 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, respeta(n) mis creencias; además, le(s) he encomendado mis decisiones porque sé que actuará(n) como yo lo haría si estuviese en capacidad de hacerlo.

Rechazo terapéutico

En el marco de mis principios, valores y creencias, rechazo las siguientes actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos:

Asistencia espiritual

En caso de encontrarme en una condición clínica de final de vida, una enfermedad grave e incurable o una condición de salud extrema por lesión corporal, Sí __NO __ quisiera que me sea brindado apoyo espiritual y/o acompañamiento religioso.

Donación de órganos

En relación con la donación de órganos y tejidos: Sí __NO __ deseo ser donante.

En caso afirmativo, la donación se realizará con fines de: Trasplantes _____ Investigación _____ Docencia _____

Preferencias adicionales

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

Este documento se firma el _____, en la ciudad de _____.

Firma: _____ N° de documento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Celular: _____ E-mail: _____



Formalización de Documento de Voluntad Anticipada ante dos testigos

TESTIGO 1

Yo _____ con ____ No. _____ doy fe que la persona signataria de este documento se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción. Conozco las implicaciones de esta declaración y no me encuentro inhabilitada/o para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma que me encuentro informado sobre la voluntad y preferencias aquí descritas y que comprendo la naturaleza y consecuencias de los contenidos de este documento.

Firma: _____

Celular / Teléfono: _____ Email: _____

TESTIGO 2

Yo _____ con ____ No. _____ doy fe que la persona signataria de este documento se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción. Conozco las implicaciones de esta declaración y no me encuentro inhabilitada/o para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma que me encuentro informado sobre la voluntad y preferencias aquí descritas y que comprendo la naturaleza y consecuencias de los contenidos de este documento.

Firma: _____

Celular / Teléfono: _____ Email: _____

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 (artículos 13, 15, 16, 18, 19, 20, 28), Ley Estatutaria de Salud: ley 1751 de 2015; Código de Ética Médica: ley 23 de 1981; Ley de Cuidados Paliativos: ley 1733 de 2014; Carta de derechos y deberes del paciente y persona afiliada al SGSSS; Carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud: resolución 229 de 2020; Derechos de los Pacientes: resolución 13437 de 1991; Derecho a la Suscripción del Documento de Voluntad Anticipada (DVA): resolución 2665 del 2018; Resolución 825 de 2018 y 971 de 2021. Jurisprudencia Constitucional: sentencias T-493 de 1993, C-239 de 1997, T-1087 de 2007, T-970 de 2014, C-233 del 2014, -544 de 2017, T-721 de 2017, T-423 de 2017, C-164 de 2022, C-233 de 2021, T-057 de 2025, T-438 de 2025.

