



## Documento de Voluntad Anticipada:

**Aviso:**

Este documento de voluntad anticipada tiene como propósito que cualquier persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, además, como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las predicciones al final de la vida que sean relevantes dentro de su marco de valores personales.

Al firmar este documento usted confirma que ha recibido información clara, suficiente y objetiva acerca de sus derechos, y que libre y conscientemente expresa su voluntad anticipada en los siguientes términos:

Yo, \_\_\_\_\_,  
identificado(a) con el documento de identidad

No \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_,  
encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y libre de cualquier tipo de presión de terceros, manifiesto que si mi calidad de vida no es la adecuada y mi enfermedad se torna irreversible, solo en esas circunstancias, deseo que se descarte el uso de tratamientos o intervenciones que prolonguen innecesariamente mi vida.

Una calidad de vida inaceptable para mí, de acuerdo con mis valores, creencias y apreciación personal de mi existencia, significa:

- ✓ Permanecer en estado de inconsciencia irreversible (estado de coma o estado vegetativo permanente).
- ✓ Ser incapaz, de manera permanente, de comunicar mis necesidades y de reconocer a mis familiares o a mis amigos.
- ✓ Ser incapaz de proveerme, en forma permanente y de manera total o casi totalmente, mis cuidados básicos.



✓ Sufrir un dolor o sufrimiento incontrolables.

En caso de encontrarme en cualquiera de las situaciones anteriormente mencionadas, deseo que el equipo médico encargado de mi cuidado respete mi decisión y no instauren o suspendan tratamientos o medidas terapéuticas que tengan por objeto prolongar mi vida. De igual manera deseo que se tomen todas las medidas de cuidados paliativos necesarios e indicados para el control de los síntomas que puedan indicar algún tipo de dolor, sufrimiento o malestar.

Finalmente expreso que he sido informado acerca de mi derecho a revocar esta decisión en cualquier momento y que ello no afectará la calidad del cuidado médico y sanitario a que tengo derecho.

**observaciones :**

*(En este campo Ud. podrá realizar las observaciones y complementar las declaraciones que considere necesarias)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

En constancia de mi voluntad suscribo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.



**Recuerde que:**

De acuerdo con las normas que regulan la materia, el documento de voluntad anticipada cuando se otorga por escrito debe hacerse de alguna de las siguientes maneras, conforme a la elección del otorgante:

- Con su firma ante el médico tratante, según lo indica el artículo 4 de la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud.
- Con su firma y la de dos (2) testigos, según las especificaciones del artículo 7 de la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud.
- Ante notario, caso en el cual deberá acudir ante una Notaría y formalizar el documento a través de escritura pública protocolizada, siguiendo la normatividad pertinente en materia notarial (artículo 6 de la resolución 2665 de 2018).

**Firmas:**

**Firma del otorgante:** \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

*(Dependiendo de la forma de otorgamiento elegida, proceda a diligenciar las firmas correspondientes:)*

**\*Diligencie este campo solo en caso de elegir otorgarlo ante dos testigos :**

**Testigo 1:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_



**Identificación:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Datos de contacto:** \_\_\_\_\_

**Testigo 2:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Identificación:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Datos de contacto:** \_\_\_\_\_

**Recuerde que:**

Los testigos deben ser hábiles para asumir dicha calidad, por lo que se recomienda verificar que no se configuren causales de inhabilidad establecidas en el artículo 7 de la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud.

**\*Diligencie este campo solo en caso de elegir otorgarlo ante Médico tratante:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Identificación:** \_\_\_\_\_

**Registro Médico:** \_\_\_\_\_

*Con esta declaración se da cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 1, 13, 16, 18, 19 y 28 de la Constitución Política de Colombia; 1, 2, 8, 13, 15 y 23 de la Ley 23 de 1981 y a la Resolución 2665 del 25 de junio de 2018 del Ministerio de Salud.*

*Este documento corresponde a un formulario o guía proporcionada por la entidad Centro Excelencia de Cuidados en Salud ESENCIAL I.P.S. SAS, elaborada acorde a los requisitos establecidos en la ley con el fin de facilitar a los usuarios el libre ejercicio de sus derechos fundamentales, pero se aclara que este formulario no restringe o limita la*



*posibilidad de que se valide ante la entidad un documento de declaración anticipada contenido en otro tipo de formato, siempre que el mismo reúna los requisitos establecidos en la ley.*

