

# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de expedición: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y libre de presión o coacción de terceros, manifiesto que, si mi calidad de vida se vuelve inaceptable o mi enfermedad o condición se torna irreversible, y solo en esas circunstancias, **deseo que se descarte el uso de tratamientos o intervenciones que prolonguen artificial e 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 inconciencia 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.
- **Padecer un dolor o sufrimiento incontrolables.**

En caso de encontrarme en cualquiera de las situaciones antes señaladas, **deseo que el equipo de salud encargado de mi cuidado respete mis decisiones y no instauren o suspendan tratamientos o medidas terapéuticas que tengan por objeto prolongar mi vida para mantenerla por medios artificiales.** De igual manera deseo que se adopten todas las medidas de cuidados paliativos necesarias e indicadas para el control efectivo de los síntomas que puedan ser manifestaciones 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.**

**Firma:**

Dirección: \_\_\_\_\_ cc: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Para que mi voluntad aquí expresada sea conocida y respetada, designo de manera especial pero no exclusiva a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ cc: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ cc: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Los datos personales aquí plasmados sólo deberán ser utilizados para cumplir la finalidad de velar por el cumplimiento de esta voluntad anticipada.**

**Copias de este documento han sido entregadas a:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

