

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Fecha: _____ Lugar de expedición: _____

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____ expedido en _____, hoy de manera libre, espontánea, informada y expresa, manifestada libremente, con plena capacidad legal, actuando acorde con lo establecido en la normatividad vigente y **en pleno uso de mis capacidades mentales: solicito** que el contenido de la siguiente declaración sea observado como una clara y fiel expresión de mi voluntad, **deseo que el equipo de salud encargado de mi cuidado respete mis decisiones.**

En caso de presentarse una situación en que no exista esperanza de tratar o de curar mi enfermedad, ya sea a causa de una enfermedad crónica, degenerativa, irreversible y/o terminal, pido que no se **instauen o suspendan tratamientos, medicamentos o medidas** que tengan por objeto prolongar sin razón e inútilmente mi vida o mantenerla por medios artificiales, lo cual no excluye que se me brinden los cuidados paliativos necesarios para aliviar mi sufrimiento, además que se adopten todas las medidas necesarias e indicadas para el control efectivo de los síntomas que puedan ser manifestaciones de dolor, sufrimiento y/o malestar: **SI** _____ **NO** _____

Una calidad de vida inaceptable para mí, 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.**

Manifiesto En caso de encontrarme en cualquiera de las situaciones antes señaladas y consecuencia de este estado, quede con limitaciones físicas o mentales por los que pierda mi autonomía, **no deseo ser resucitado, reanimado ni apoyado artificialmente: SI** _____ **NO** _____

Además, es mi deseo incluso que me **sea practicado el procedimiento eutanásico**, en caso de cumplir con todos los requisitos establecidos en la normatividad vigente: **SI** _____ **NO** _____

Otras manifestaciones o preferencias: _____

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: _____
