



# “Yo elijo por mi”

## Documento Voluntad Anticipada



**S.E.S.** Hospital  
Universitario  
de Caldas  
*Queremos devolver sonrisas*



En Colombia la Voluntad Anticipada está amparada por la ley (artículo 2 de la resolución 2665 del 25 de junio de 2018). Este documento puede ser firmado por todas las personas mayores de edad, en cualquier momento de la vida. Este representa una forma de respeto a nuestra dignidad humana y autonomía si llegara a presentarse una situación en la cual no podamos decidir por nosotros mismos, le permitirá a nuestros médicos tratantes tomar la mejor decisión clínica siguiendo nuestra voluntad.

¿Qué implica firmar una Voluntad Anticipada?

Dejar por escrito mi decisión mientras sea una persona capaz, sana, o en estado de enfermedad en pleno uso de mis facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declaro de forma libre, consciente e informada, mi voluntad de no someterme a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar mi vida.

S.E.S. Hospital Universitario de Caldas, a través de este documento, respetará sus derechos y decisiones. Los médicos tratantes y en general todo el personal de nuestra institución respetarán su voluntad y actuarán en consecuencia.

## Formulario Voluntad Anticipada

S.E.S. Hospital Universitario de Caldas, su cuerpo médico, de enfermeros, auxiliares, terapeutas y colaboradores administrativos estamos comprometidos con proveer a nuestros pacientes y a sus familias los cuidados y servicios médicos con calidad científica y tecnológica, respetando el derecho a ser atendido sin discriminación, con amabilidad y respeto, siendo escuchado y obteniendo respuesta a sus manifestaciones.

En este sentido y respondiendo a su solicitud de información acerca del derecho que tiene a expresar su voluntad de manera anticipada cuando por alguna circunstancia de aparición súbita o imprevisible, o por la progresión de alguna enfermedad o condición preexistente o por el proceso de envejecimiento en los que usted no pueda expresarse directamente, hemos diseñado este documento que pretende que sus familiares, sus allegados y los profesionales de la salud que llegaren a estar a cargo de su atención, conozcan sus deseos y decisiones, en relación con los cuidados médicos al final de su vida.

Al suscribir este documento usted confirma que ha recibido la 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 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 intolerable para mí.

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.

Únicamente, si y solo me encontrare en cualquiera de las situaciones antes señaladas, quiero que mis médicos tratantes y los restantes integrantes del equipo de salud del hospital, respeten mis siguientes

- decisiones:
- 
- No deseo Alimentación por Medios Artificiales
- No deseo Reanimación Cerebro – Cardio- Pulmonar
- No deseo Respiración Mecánica
- No deseo Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos
- No deseo Inserción de Catéteres Vasculares Centrales
- No deseo Antibioticoterapia
- No deseo Hidratación Endovenosa
- No deseo Transfusiones Sanguíneas
- No deseo Diálisis Renal
- No deseo Intervenciones Quirúrgicas



- Mantener siempre con usted una copia de este documento para cualquier eventualidad, urgencia o atención medica ambulatoria u hospitalaria.
- De acuerdo con las normas legales sobre la materia, su voluntad anticipada debe ser formalizada de alguna de las siguientes maneras:
- Con su firma ante el médico tratante, según lo indica el articulo 4 de la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud.
- Con su firma y la de dos (2) testigos, según las especificaciones del articulo 7 de la misma resolución.
- Con esta declaración se dá cumplimiento a lo dispuesto en los articulos 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.

### Consideración Especial

"En el momento de la vida, en que por un cuadro de demencia avanzada y/o por cualquier otra causa pierda de manera irreversible mi capacidad mental de tomar decisiones, de valerme por mi mismo, mi capacidad de autodeterminarme y ser dueño/dueña de mi vida, aún si físicamente me veo estable, no deseo se me prolongue la vida con ningún medio de soporte avanzado y considero para mí la opción de un procedimiento de eutanasia".

SI

NO

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

## Donación de Organos

Teniendo en cuenta la presunción legal establecida en la ley 1805 de 2016, respecto a la donación de órganos manifiesto que:

Sí deseo ser donante

No deseo ser donante

---

### Opción 1

---

#### Firma del Paciente

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

Identificación: \_\_\_\_\_

Autenticado en Notaría

### Opción 2

---

#### Firma del Paciente

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

Identificación: \_\_\_\_\_

---

#### Firma Testigo

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

Identificación: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

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

### Opción 3

---

#### Firma del Paciente

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

Identificación: \_\_\_\_\_

---

#### Firma Médico Tratante

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

Registro Médico: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_



**S.E.S.** Hospital  
Universitario  
de Caldas  
*Queremos devolver sonrisas*