

Voluntad Anticipada

La Fundación Santa Fe de Bogotá, su cuerpo médico, de enfermería, auxiliares, terapeutas y colaboradores administrativos estamos comprometidos con proveer a nuestros pacientes y a sus familias los cuidados y servicios médicos de la mayor calidad científica, profesional y humana y a respetar las preferencias y decisiones que adopten en ejercicio de sus derechos constitucionales a la libertad de conciencia y de credos, a la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad y a la intimidad.

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 información clara, suficiente y objetiva acerca de sus derechos y que libre y conscientemente expresa su voluntad anticipada en los siguientes términos:

Yo, [REDACTED], identificado(a) con el documento de identidad No. [REDACTED] expedido en [REDACTED], 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.

Observaciones:



Con el fin de que su decisión autónoma tenga plenos efectos y sea respetada en los términos en que usted lo ha expresado, la Fundación Santa Fe de Bogotá le recomienda:

- Aclarar con su médico tratante el alcance y significado de los términos incluidos en este documento y si desea incluir alguna observación particular adicional, puede hacerla a continuación:

- Informar la voluntad expresada en este formato a sus familiares cercanos, así como a las personas responsables de su cuidado, de manera que su voluntad sea conocida y respetada por todos.
- Mantener siempre con usted una copia de este documento para cualquier eventualidad, urgencia o atención médica 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 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 misma resolución.
- Ante notario.

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

Firma

Nombre: _____
Identificación: _____

Testigos

Firma
Nombre: _____
Identificación: _____
Relación o parentesco: _____
Datos de contacto: _____

Firma
Nombre: _____
Identificación: _____
Relación o parentesco: _____
Datos de contacto: _____

Médico tratante

Firma
Nombre: _____
Registro Médico: _____
Identificación: _____

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.

