

La Fundación Hospital Universidad del Norte, su cuerpo médico, de enfermería, auxiliares, terapeutas y colaboradores en general, estamos comprometidos en brindar servicios de salud enfocados en la seguridad y la humanización, además de respetar las preferencias y decisiones que adopten en ejercicio de sus derechos constitucionales nuestros pacientes y sus familias.

Es así como respondiendo a la necesidad 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 esta declaración de voluntad anticipada, 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.

Yo, [REDACTED]

Identificado con el documento de identidad No. [REDACTED]

Expedido en [REDACTED] [REDACTED]

Al suscribir este documento, confirmo que cuento con la capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente, que me ha permitido reflexionar, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria, cuando me encuentre en una situación en la que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

A. Instrucciones y Criterios Personales.

I. Criterios que deseo que se tengan en cuenta

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con unos criterios que, entre otros, son los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor importante, ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.
- El hecho de no prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados p recedentes cuando la situación es irreversible.
- El hecho de permanecer en mi domicilio habitual en los últimos días de mi vida y morir en el mismo.

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.

- En el caso de que el profesional sanitario que me atienda no pueda asumir una actuación acorde a mi voluntad aquí expresada, solicito ser atendido por otros profesionales sanitarios que puedan hacerlo.

Otros:

II. Situaciones sanitarias previstas

Quiero que se respeten de manera genérica los criterios citados en el apartado anterior y, sobre todo, en el caso de encontrarme en situaciones médicas como las que se especifican a continuación:

- Enfermedad irreversible que, en un plazo breve, conduzca inevitablemente a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado avanzado de demencia.

Otros:

III. Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias

Por todo lo señalado anteriormente, de conformidad con los criterios y las situaciones sanitarias especificadas, solicito que se respeten las decisiones siguientes:

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, mediante técnicas de soporte vital, ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial y retirarlas si ya se me han comenzado a aplicar y solo sirven para mantener una supervivencia biológica sin sentido.
- No recibir tratamientos de soporte ni terapias poco contrastadas que no hayan demostrado efectividad o que ya sean fútiles.
- Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico.

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.

- Que, sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte en paz.
- Si estuviera embarazada y sucediera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que esto no afecte negativamente al feto.
- Que mis familiares y las personas más cercanas puedan acompañarme.
- No ser trasladado del lugar donde resido en el último tramo de mi vida.
- Recibir asistencia espiritual, de acuerdo con mis creencias.

Otros:

IV. Instrucciones sobre la donación de órganos y tejidos

Manifiesto mi deseo de:

- Que mi cuerpo sea donado para la investigación médica de ser técnicamente posible.
- Que mi cuerpo sea donado para la educación médica de ser técnicamente posible.
- Solicito que todos mis órganos y tejidos sean dispuestos para la donación de acuerdo a la reglamentación vigente.
- Solicito que todos mis órganos y tejidos, excepto Descripción de los órganos o tejidos sujetos de excepción sean dispuestos para la donación de acuerdo a la reglamentación vigente.

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 La Fundación Hospital Universidad del Norte le recomienda:

- 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 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.

- 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 _____ 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: _____

Identificación: _____

Relación o parentesco: _____

Datos de contacto _____

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.