

Yo _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____ expedido en _____, con fecha de nacimiento _____, de _____ del año _____, hago este documento teniendo en cuenta su valor como forma de consentimiento informado, tal como ha sido reconocido por la Corte Constitucional en Colombia; expresando al formalizarlo, que he recibido información clara, suficiente y objetiva para garantizar a través de este, que el ejercicio de toma de decisiones frente a mi cuidado personal, salud y proceso de muerte se lleve a cabo en el marco de mis valores personales, en caso de que por causas relacionadas con la enfermedad o proceso de envejecimiento no pudiese participar expresar mis preferencias o voluntad, debido a alteraciones del estado de conciencia que deriven en incapacidad mental o legal.

En consecuencia, manifiesto de forma específica, clara, expresa e inequívoca las siguientes preferencias que deseo para el final de la vida, teniendo en cuenta los valores que enmarcan mi existencia, mi entorno cultural, las creencias e ideologías que me definen:

Preferencias e indicaciones sobre el final de la vida:

Deseo que en caso de encontrarme en un estado clínico de final de la vida (enfermedad incurable, avanzada, enfermedad terminal o agonía) que el equipo de salud encargado de mi cuidado actúe en conformidad al principio de proporcionalidad y prudencia y se me realicen intervenciones obstinadas e innecesarias para mi diagnóstico o condición, prolongando la vida más allá de mi resistencia física y orgánica natural protegiendo en cada momento mi dignidad.

SI NO

Preferencias e indicaciones sobre la donación de órganos y tejidos:

Deseo que todos mis órganos y tejidos sean dispuestos para la donación de acuerdo con la reglamentación vigente.

Deseo que todos mis órganos y tejidos, excepto _____ sean dispuestos para la donación de acuerdo con la reglamentación vigente.

Finalmente, manifiesto que he sido informado de mi derecho a revocar esta decisión en cualquier momento y que ello no afectará la calidad de la atención médica a que tengo derecho.

Firma: _____
Nombre: _____
C.C : _____

Celular: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____

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

Firma: _____
Nombre: _____
C.C : _____

Celular: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____

Se firma en la Ciudad de _____ el día _____ del mes _____ del año _____