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 pudiere 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 diagnostico 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 afectara la calidad de la atención médica a que tengo derecho.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

C.C : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

C.C : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se firma en la Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_\_ del mes\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_