

ORIGINAL PARA EL AFILIADO

Esta es mi Voluntad

A mi familia, a mis médicos, a cualquier persona o institución responsable de la asistencia en mi enfermedad:

La muerte es algo tan natural como el nacimiento, es lo único seguro en la vida. Si llegare el momento en que yo _____ no pueda tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud, pido que la siguiente declaración se tenga y sea respetada como una clara y fiel expresión de mi voluntad, manifestada libremente, con plena capacidad legal y en uso de mis facultades mentales.

Si se presenta una situación en que no subsista esperanza de tratar o curar mi enfermedad, - es decir, que me encuentre en estado terminal, - pido que no se utilicen tratamientos, medicamentos, o medidas extremas que tengan por objeto prolongar sin razón e inútilmente mi vida o mantenerla por medios artificiales, lo cual no excluye que se me suministren los cuidados necesarios para aliviar mis sufrimientos. Por medidas extremas, y a título de ejemplo, entiendo las siguientes: resucitación cardiopulmonar, respiración mecánica o artificial, medidas invasivas de nutrición, diálisis renal. Esta decisión la tomo después de cuidadosa reflexión y con fundamento en la Constitución Nacional, las leyes colombianas y en especial el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981).

Manifiesto además que en caso de sufrir enfermedad o lesión, por ejemplo: accidente vascular cerebral, hemorragia, derrame, oclusión vascular, infarto, a consecuencia de la cual quede con limitaciones físicas o mentales que me hagan dependiente de otras personas no deseo ser resucitado, reanimado, ni apoyado artificialmente, porque prefiero morir que estar en tales condiciones.

Temo a las miserias de la enfermedad, de la dependencia y del dolor sin esperanza. Temo también abusar involuntariamente del amor, de la paciencia y de la abnegación de mis familiares y amigos.

Datos del Afiliado

Fecha: _____ Firma _____
Dirección: _____ C.C. _____ de _____
Ciudad: _____ Tels: _____
e-mail: _____ Celular: _____

Para que mi voluntad así expresada sea siempre y por todos respetada, de manera especial pero no exclusiva, para que la hagan conocer y cumplir designo a:

Nombre _____ Firma _____
Dirección: _____ C.C. _____ Tel: _____
Ciudad: _____ e-mail: _____

Nombre _____ Firma _____
Dirección: _____ C.C. _____ Tel: _____
Ciudad: _____ e-mail: _____

Copias de este documento han sido entregadas a:

