

|                                                                                                                                                                                  |                                                   |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|  <p><b>ClínicaVida</b><br/>especialistas en cáncer<br/>Fundación Colombiana de Cancerología</p> | <b>DOCUMENTO DE VOLUNTAD<br/>ANTICIPADA (DVA)</b> | <b>Página</b> 1 de 2                              |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Código:</b> FO-EP-11                           |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Versión:</b> 03                                |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Fecha de actualización:</b><br>15/04/2026      |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Actualizado por:</b> Equipo interdisciplinario |

Este documento permite a cualquier persona capaz (incluyendo adolescentes de 14 a 18 años con diagnóstico terminal) expresar sus preferencias de atención en salud y final de vida en caso de futura incapacidad.

## PARTE I: INFORMACIÓN DEL OTORGANTE

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con el documento número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma libre. En pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente y de forma libre, manifiesto mi voluntad anticipada bajo los siguientes términos:

## PARTE II: DEFINICIONES CLAVE PARA LA TOMA DE DECISIONES

- **Tratamiento para sostener la vida:** Procedimientos (incluida nutrición artificial) cuyo fin es prolongar el proceso de morir.
- **Estado permanente de inconsciencia:** Condición irreversible (coma o vegetativo) donde se pierde la conciencia de sí mismo y del entorno.
- **Condición o enfermedad terminal:** Condición incurable donde la muerte ocurrirá en corto tiempo sin tratamientos artificiales.
- **Cuidados Paliativos y Sedación:** Medidas para controlar el dolor y síntomas refractarios sin acortar la vida ni prolongar la agonía.
- **Eutanasia:** Adelanto de la muerte ante una enfermedad grave e incurable que genere dolor intenso (Sentencia C-233 de 2021).

## PARTE III: INSTRUCCIONES Y PREFERENCIAS

Deseo que el equipo médico inicie solo tratamientos que permitan una calidad de vida aceptable. Si mi enfermedad es irreversible, defino una **calidad de vida inaceptable** como (Marque con X):

- ☐ Estado de inconsciencia irreversible.
- ☐ Incapacidad permanente de comunicar necesidades o reconocer seres queridos.
- ☐ Incapacidad total o casi total para cuidados básicos de forma permanente.
- ☐ Dolor o sufrimiento intolerable para mí.
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_.

## Decisiones sobre procedimientos médicos:

En las situaciones señaladas anteriormente, mis decisiones son:

| Procedimiento                                             | Deseo                    | No Deseo                 |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alimentación / Hidratación artificial (sondas, catéteres) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reanimación cerebro/cardio/pulmonar (RCP)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ventilación mecánica invasiva (intubación)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso al servicio de cuidado intensivo (UCI)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terapia de reemplazo renal (diálisis) o Traqueostomía     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intervenciones quirúrgicas o Transfusiones de sangre      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Otras voluntades:** marque con X en la casilla lo que opta o no.

1. **Información:** ☐ Deseo / ☐ No deseo estar informado sobre mi diagnóstico y evolución.
2. **Eutanasia:** ☐ Deseo / ☐ No deseo que se me practique si cumplo los requisitos legales.
3. **Donación de órganos:** ☐ Deseo / ☐ No deseo ser donante (Fines: ☐ Trasplante ☐ Investigación ☐ Docencia).
4. **Sedación Paliativa:** ☐ Deseo / ☐ No deseo acceder a ella si hay síntomas refractarios.

|                                                                                                                                                                                  |                                                   |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|  <p><b>ClínicaVida</b><br/>especialistas en cáncer<br/>Fundación Colombiana de Cancerología</p> | <b>DOCUMENTO DE VOLUNTAD<br/>ANTICIPADA (DVA)</b> | <b>Página</b> 2 de 2                                 |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Código:</b> FO-EP-11                              |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Versión:</b> 03                                   |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Fecha de actualización:</b><br>15/04/2026         |
|                                                                                                                                                                                  |                                                   | <b>Actualizado por:</b> Equipo<br>interdisciplinario |

5. Cuidados espirituales: \_\_\_\_\_.
6. Ritos funerarios: \_\_\_\_\_.

#### PARTE IV: REPRESENTANTES DESIGNADOS

Delego para la toma de decisiones adicionales a:

1. **Representante 1:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_.
2. **Representante 2:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_.

#### PARTE V: FORMALIZACIÓN (Elija una de las 3 opciones)

Suscrito en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Firma del otorgante:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_.

**1. OPCIÓN A:** Ante el Médico Tratante

Firma Médico: \_\_\_\_\_ Registro Médico: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_.

**2. OPCIÓN B:** Ante dos (2) Testigos

Los testigos no deben tener relación laboral, patrimonial o ser menores de edad.

**Testigo 1:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_.

**Testigo 2:** \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_.

**3. OPCIÓN C:** Ante Notario

Requiere escritura pública debidamente protocolizada.

*Este documento cumple con la Resolución 2665 de 2018 y la Ley 1581 de 2012 (Protección de datos).*