

EXPRESIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

FORMULARIO

_____ (Ciudad), ____ de _____ de _____ (Fecha)

Yo (nombre completo) _____, mayor de edad, con Cédula de Identidad N° _____, con domicilio en _____, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y reflexiva, con la información suficiente, expreso las siguientes instrucciones que quiero se tengan en cuenta sobre la atención de mi salud cuando me encuentre en una situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

INDICAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SU VOLUNTAD (circular SI):

SI TUVIERA UNA ENFERMEDAD INCURABLE EN ESTADO TERMINAL <u>ME OPONGO</u> A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE PROLONGUEN MI VIDA, PERJUDICANDO LA CALIDAD DE LA MISMA.	SI
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

SI TUVIERA UNA ENFERMEDAD INCURABLE EN ESTADO TERMINAL <u>NO ME OPONGO</u> A LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE PROLONGUEN MI VIDA, PERJUDICANDO LA CALIDAD DE LA MISMA.	SI
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

PESE A ESTA DECISIÓN, QUIERO QUE SE ME GARANTICE ASISTENCIA DE CALIDAD AL FINAL DE LA VIDA, MEDIANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE CORRESPONDAN.

QUIERO QUE SE TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE AL MOMENTO DE TOMAR DECISIONES (OPCIONAL):

Indique con una cruz si se adjunta anexo ampliatorio de este apartado: SI ___ NO ___

A) REPRESENTANTES: En caso de no poder expresar mi voluntad, designo a las siguientes personas, mayores de edad, para que tomen las decisiones necesarias:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre completo: _____

Cédula de Identidad: _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

SEGUNDO REPRESENTANTE (OPCIONAL)

Nombre completo: _____

Cédula de Identidad: _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Estas personas no perciben remuneración alguna de mi parte o de mi familia, como profesionales o cuidadores por actividades vinculadas a la atención de mi salud.

En caso de duda en la interpretación de este documento, deseo que se tome en cuenta la opinión de mi/s representante/s.

B) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntad anticipada es de nuestro conocimiento, y lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión. Asimismo, los abajo firmantes como testigos declaramos no ser médico tratante, empleados del médico tratante ni directivos o funcionarios de la institución de salud a la cual el titular pertenece. Declaramos asimismo no ser propietarios, socios o accionistas, directores y empleados a cualquier título de residencias de larga estadía y centros de día en la que el titular se encuentre residiendo; asimismo declaramos, que dicha persona no reside en nuestros domicilios particulares, entendiéndose por estos el lugar donde vivimos con ánimo de permanecer allí a cualquier título.

PRIMER TESTIGO

Nombre completo: _____

Cédula de Identidad: _____ - ____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

FIRMA:

SEGUNDO TESTIGO

Nombre completo: _____

Cédula de Identidad: _____ - ____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

FIRMA:

FIRMA DEL TITULAR:

REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA

_____ (Ciudad), ____ de _____ de _____ (Fecha)

Yo (nombre completo) _____,
revoco la Voluntad Anticipada anteriormente expresada.

FIRMA DEL TITULAR:

--

ANEXO AMPLIATORIO:

QUIERO QUE SE TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE AL MOMENTO DE TOMAR DECISIONES (OPCIONAL):

Hoja ___ de ___

FIRMA DEL TITULAR:

FIRMA DEL PRIMER TESTIGO:

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO: