

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/_____/20____

Unidad Médica Hospitalaria

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Área de atención: _____

Datos del enfermo en etapa terminal

Nombre: _____ No. De Expediente: _____
 Domicilio: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Identificación: _____
 Folio: _____
 Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____
 Dx. Terminal: _____

Datos del Suscriptor y Representante

(Cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad, sea menor de edad, o incapaz legalmente declarado, según lo establecido en el artículo 7, fracción III y IV, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal)

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Identificación: _____
 Folio: _____
 Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Parentesco: _____

El que actúa en calidad de suscriptor y representante con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que: se me ha explicado la enfermedad que padece por quien suscribo, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en los artículos 3 fracción VI de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y artículo 2 fracción III del Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, **expreso la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar su vida, protegiendo así en todo momento su dignidad.**

Manifestación para Donación de Órganos	si		no	*Con fundamento en el artículo 8 fracción IV de la Ley de Voluntad Anticipada.
---	----	--	----	--

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

Nombro como testigos, que concurrieron al acto y verificaron que mi voluntad se encuentra manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad: _____		Nacionalidad: _____	
Ocupación: _____		Ocupación: _____	

Observaciones.

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las ___ horas, con ___ minutos, del día ___ del mes _____ del año 20___.

SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUScriptor Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL