



GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801
Director: Lic. Roberto González Cantellano

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130
Tomo CXCVII A:202/3/001/02
Número de ejemplares impresos: 400

Toluca de Lerdo, Méx., miércoles 28 de mayo de 2014
No. 97

SUMARIO:

SECRETARÍA DE SALUD

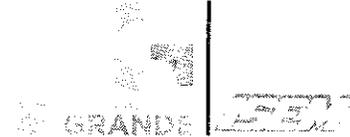
FORMATOS DE ACTA DE VOLUNTAD ANTICIPADA.

“2014. Año de los Tratados de Teoloyucan”

SECCION QUINTA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARÍA DE SALUD



MAESTRO CÉSAR NOMAR GÓMEZ MONGE, SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 3, 19, FRACCIÓN IV, 25 Y 26, FRACCIONES I, II Y XXXII DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO, Y

CONSIDERANDO

Que por Decreto 82, publicado en el Periódico Oficial "Gaceta de Gobierno", la H. LVIII Legislatura del Estado de México, expidió la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, que tiene por objeto establecer el derecho del paciente cuya enfermedad irreversible lo tenga en fase terminal, para decidir los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el momento en que no sea capaz, por sí misma de tomar decisiones.

Que el artículo quinto transitorio del Decreto 82 de la H. LVIII Legislatura del Estado de México establece que la Secretaría de Salud elaborará los formatos para realizar las declaraciones de voluntad anticipada.

Que habiéndose cumplido el artículo sexto transitorio de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, la Secretaría de Salud ha capacitado a los profesionales de salud que habrán de fungir como personal autorizado, para asistir y auxiliar a los pacientes en la formulación de las actas de voluntad anticipada en el Estado de México.

Que conforme a los artículos 6, 8 y 13 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, los Formatos de Acta de Voluntad Anticipada cumplen con todos los requisitos establecidos para que una vez suscritos puedan integrarse al Registro Estatal de Voluntades Anticipadas del Estado de México.

En mérito de lo expuesto, he tenido a bien expedir los siguientes Formatos:

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Publíquese el presente acuerdo en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

SEGUNDO.- El presente acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

TERCERO.- Quedan sin efecto los formatos de Voluntad Anticipada, publicados en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 9 de mayo de 2014.

Dado en la Ciudad de Toluca de Lerdo, a los 29 días del mes de mayo del año dos mil catorce.

EL SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

MAESTRO CÉSAR NOMAR GÓMEZ MONGE
(RÚBRICA).



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Acta de Voluntad Anticipada para Signatario y Representante de Pacientes en Situación Terminal

Folio:

• **Datos de la Unidad**

UNIDAD MÉDICA:		CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:
ÁREA DE ATENCIÓN:	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	
DIAGNÓSTICO FINAL:		
NOMBRE COMPLETO Y ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO:		

• **Datos del Paciente**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO):			TELÉFONO:	
OCCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDAD:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:	

• **Datos del Signatario y Representante**

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO):			TELÉFONO:	
OCCUPACIÓN:	PARENTESCO:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:		

El que actúa en calidad de signatario y en pleno uso de mis facultades, derechos y con plena capacidad de ejercicio establecido en los artículos 17 y 18, de la Ley de Voluntad Anticipada en el Estado de México, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que mi representada (o) padece, la cual ha sido médicamente diagnosticada como en etapa terminal de conformidad con lo establecido en la fracción XIV, del artículo 4 de la Ley de voluntad Anticipada del Estado de México. Por ello, actuando de manera libre, conciente, seria, inequívoca y reiterada, expreso mi decisión para que **SÍ** sea sometida (o) a la aplicación de medios ordinarios y al tratamiento de cuidados paliativos y **NO** sea sometida (o) a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prologar su vida más allá de su resistencia física y orgánica natural, protegiendo en todo momento la dignidad de mi representada (o).

Manifestación para donación de órganos. SI NO Con fundamento en la fracción III, del artículo 24, de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México

A) Todos:

Todos los órganos y/o tejidos útiles.

B) Sólo los siguientes órganos y/o tejidos:



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



Datos de los Testigos

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada, a:

Form fields for two witnesses, including name, age, gender, address, phone, and occupation.

Observaciones:

Datos de la (el) interprete o traductor (a)

Form fields for the interpreter or translator, including name, age, gender, address, phone, and occupation.

Documentos presentados

Form fields for documents presented, including copies of identification for the patient and witnesses.

Ante mí, en presencia de los testigos, Anticipada la ley signatario y representante confirmo que se está de acuerdo a lo que se manifiesta.

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 General de Salud, Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, su Reglamento y demás legislación aplicable.

_____, Estado de México, siendo las ____ horas, del día ____ del mes ____ del año 20__.

Signatario y Representante

Interprete o Traductor

(Nombre y Firma) Testigo 1

(Nombre y Firma) Testigo 2

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Personal autorizado

(Nombre y Firma)



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



Revocación de Voluntad Anticipada en la Unidad Médica Hospitalaria

Datos de la Unidad

UNIDAD MÉDICA: _____ CLÍNICA DE LA UNIDAD MÉDICA: _____

DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

NOMBRE COMPLETO Y ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO: _____

Datos del Paciente o Suscriptor

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): _____ EDAD: _____ GÉNERO: _____

DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO): _____ TELÉFONO: _____

IDENTIFICACIÓN (IDENTIFICACIÓN OFICIAL, IDENTIFICACIÓN OFICIAL Y CONSTANCIA DE IDENTIFICACIÓN): _____

La(s) declaración(es) de _____ (Es/Es una M/A) se(s) otorga(n) en _____ (ciudad) del Estado de _____ (Estado) el día _____ de _____ de _____ de _____ (año) en _____ (ciudad) del Estado de _____ (Estado) y en presencia de _____ (número) de testigos que se encuentran inscritos en el Libro de Actas de la Unidad Médica Hospitalaria y en presencia de los miembros del Comité de la Ley de Voluntad Anticipada de México en el Área de _____ (ciudad) del Estado de _____ (Estado).

Datos de la(s) declarante(s)

Nombre completo de la(s) declarante(s) que otorga(n) la(s) declaración(es): _____

NOMBRE DEL PADRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): _____ EDAD: _____ GÉNERO: _____

DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO): _____ TELÉFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN (IDENTIFICACIÓN OFICIAL, IDENTIFICACIÓN OFICIAL Y CONSTANCIA DE IDENTIFICACIÓN): _____

DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO): _____ TELÉFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____ IDENTIFICACIÓN OFICIAL: _____

Observaciones: _____

Datos de la (el) interprete o traductor (a)

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

IDENTIFICACIÓN OFICIAL: _____



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



• **Documentos presentados**

- Copia de identificación oficial de la (el) paciente:
- Copia de identificación oficial del suscriptor (a) y/o representante:
- Copia de identificación oficial de los testigos
- Copia del acta de Voluntad Anticipada

Una vez leído el presente formato de Renovación de Voluntad Anticipada, la (el) solicitante confirma que es su deseo lo que aquí se manifiesta.

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 General de Salud, Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, su Reglamento y demás legislación aplicable.

_____, Estado de México, siendo las _____ horas, del día _____ del mes _____ del año 20 _____.

Paciente

Suscriptor

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Testigo 1

Testigo 2

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Personal autorizado

(Nombre y Firma)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Acta de Voluntad Anticipada para Pacientes en Situación Terminal Folio:

• **Datos de la Unidad**

UNIDAD MÉDICA:	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA:	

• **Datos del Paciente**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):	EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)		TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDAD:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:

La/el que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como en etapa terminal, de conformidad con lo establecido en la fracción XIV, del artículo 4 de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México. Por ello, actuando de manera libre, conciente, seria, inequívoca y reiterada, expreso mi decisión para SI ser sometida (o) a la aplicación de medios ordinarios y al tratamiento de cuidados paliativos y NO ser sometida (o) a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar mi vida más allá de mi resistencia física y orgánica natural, protegiendo en todo momento mi dignidad.

Manifestación para donación de órganos. SI NO Con fundamento en la fracción III, del artículo 24, de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México

A) Todos:

Todos los órganos y/o tejidos útiles.

B) Sólo los siguientes órganos y/o tejidos:

• **Datos del Representante**

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):	EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)		TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	PARENTESCO:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:	

• **Datos de los Testigos**

Designo como testigos, que concurren a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada, a:

NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):	EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)		TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:		

NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):	EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)		TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:		



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Observaciones:

• **Datos de la (el) interprete o traductor (a)**

NOMBRE COMPLETO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

• **Documentos presentados**

Resumen clínico:	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial de la (el) representante:	<input type="checkbox"/>
Copia de identificación oficial de la (el) paciente:	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial de los testigos:	<input type="checkbox"/>

Una vez leída la presente Acta de Voluntad Anticipada, la (el) representante confirma que es su deseo lo que aquí se manifiesta. 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 General de Salud, Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, su Reglamento y demás legislación aplicable.

_____, Estado de México, siendo las _____ horas, del día _____ del mes _____ del año 20 _____.

Paciente

Representante

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Testigo 1

Testigo 2

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Personal autorizado

(Nombre y Firma)