

SECRETARÍA DE SALUD

Al margen Escudo del Estado de México.

FORMATO ÚNICO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

DATOS DE LA UNIDAD			PRE FOLIO
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: (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))		Edad	Género
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)			Teléfono
Ocupación	Estado civil	Nacionalidad	Identificación Oficial
RFC	CURP	REVOCACIÓN	<input type="checkbox"/>

La/él que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado el alcance de este documento en gozo de mi salud y la implicación en caso de padecer una enfermedad que puede o no ser medicamente diagnosticada en situación 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, de manera libre, consciente, 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 cada momento mi dignidad. (Explicar al paciente los términos de medidas ordinarias y extraordinarias)

MANIFESTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS AVANZADOS (CUIDADOS Y/O TRATAMIENTOS QUE NO DESEO RECIBIR Y LOS QUE SON NECESARIOS) CUIDADOS PALIATIVOS.

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

Manifestación para donación de órganos:
 A) 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
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)			Teléfono
Ocupación	Estado Civil	Parentesco	Identificación Oficial

DATOS DE TESTIGOS

Nombre del Primer Testigo (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))		Edad	Género	
			Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado):			Teléfono	
Ocupación	Parentesco	Identificación Oficial		
Nombre del Segundo Testigo (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))		Edad	Género	
			Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)			Teléfono	
Ocupación	Parentesco	Identificación Oficial		

DATOS DEL (A) INTÉRPRETE O TRADUCTOR (A)

Nombre del (a) intérprete o traductor (a) (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	Identificación Oficial
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)	Teléfono:

DOCUMENTOS PRESENTADOS

Resumen Clínico	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial del (a) Representante	<input type="checkbox"/>
Copia de identificación oficial del (a) paciente	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación de los testigos	<input type="checkbox"/>
Observaciones			

Una vez leída la presente Acta de Voluntad Anticipada, la (él) paciente 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 de _____ 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