

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

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.

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 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	

Calle Juan Aldama Norte Núm. 114, Primer Piso, Col. Centro, C.P. 50000, Toluca, Estado de México

Tel: 722 2 14 75 20

correo electrónico: voluntadesanticipadas@edomex.gob.mx