



FORMATO ÚNICO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

DATOS DE LA UNIDAD			PREFOLIO	
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:		

Quien 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 **SÍ** 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: Sí 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) Solo 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:	Nacionalidad:	Identificación oficial:	



DATOS DE LOS 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 DE LA/EL INTÉRPRETE O TRADUCTOR(A)

Nombre de la/el 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 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"/>

Observaciones:

Una vez leída la presente Acta de Voluntad Anticipada, la(el) 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