



Fecha: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

**FORMATO DE INGRESO A CUIDADOS PALIATIVOS**

Unidad Médica Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono y extensión: \_\_\_\_\_

Servicio Tratante: \_\_\_\_\_ Médico tratante: \_\_\_\_\_

| FICHA DE IDENTIFICACIÓN           |              |             |           |       |                      |             |     |
|-----------------------------------|--------------|-------------|-----------|-------|----------------------|-------------|-----|
| Nombre completo del paciente      |              |             |           |       |                      |             |     |
| Fecha de nacimiento del paciente: |              |             |           | Edad: |                      |             |     |
| Sexo                              | Femenino     |             | Masculino |       | Número de expediente |             | NHC |
| Dirección del paciente            | Calle y No.: |             |           |       | Col.-                | Alcaldía:   |     |
| Teléfonos del paciente            |              | Particular: |           |       | Celular (es):        |             |     |
| Nombre del Cuidador Primario:     |              |             |           |       |                      | Parentesco: |     |
| Teléfono del familiar o Cuidador  |              | Particular: |           |       | Celular (es):        |             |     |

Diagnostico (s) \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso al Servicio de Cuidados Paliativos: \_\_\_\_\_

¿Es referido de alguna otra institución?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Se contra refiere a otra institución?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

| Escala de Valoración en Cuidados Paliativos          |       |       |     |                                    |    |
|------------------------------------------------------|-------|-------|-----|------------------------------------|----|
| Escala de Funcionalidad en Cuidados Paliativos (PPS) | 10-20 | 30-50 | ≥60 | Índice Pronóstico Paliativo (PPI): | >4 |
| ECOG                                                 | 0     | 1     | 2   | 3                                  | 4  |

| Tratamiento farmacológico para el control del dolor |                                  |                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Medicamento/presentación                            | Dosis y tiempo de preinscripción | Vía de administración |
|                                                     |                                  |                       |
|                                                     |                                  |                       |
|                                                     |                                  |                       |

| Tratamiento Multidisciplinario |            |           |                |
|--------------------------------|------------|-----------|----------------|
| Enfermería                     | Psicología | Nutrición | Trabajo Social |
|                                |            |           |                |

¿Se refiere a otro Hospital, institución o al Programa de Salud en tu Casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Teléfono de la institución de referencia \_\_\_\_\_

Persona a la que se refiere: \_\_\_\_\_

Médico:

Cédula profesional:



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO

FORMATO NÚMERO VAFOR/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

| Unidad Médica o Institución Médica |       |
|------------------------------------|-------|
| Nombre:                            | _____ |
| Domicilio:                         | _____ |
| Área de atención:                  | _____ |

| Datos del paciente pediátrico que se beneficia de cuidados paliativos                                        |             |                    |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|---------------------------------------|
| Nombre:                                                                                                      |             | N.º De Expediente: |                                       |
| Domicilio: _____                                                                                             |             |                    |                                       |
| Edad: _____                                                                                                  | Sexo: _____ | Escolaridad: _____ | Identificación: _____<br>Folio: _____ |
| Nacionalidad: _____                                                                                          |             | Teléfono: _____    |                                       |
| Grupo al que pertenece el paciente tributario a cuidados paliativos: I: _____ II: _____ III: _____ IV: _____ |             |                    |                                       |
| Diagnósticos: _____                                                                                          |             |                    |                                       |
| Principales características: _____                                                                           |             |                    |                                       |

De acuerdo a la Ley de los Derechos de niñas, niños y adolescentes en su Art. 2º y artículo 3º de la Ciudad de México, Se le ha comunicado, explicado y tomado en cuenta la opinión del menor que suscribe, de acuerdo a su edad y madurez cognitiva, sobre su condición médica, la cual ya no responde a tratamiento curativo por lo que se beneficia de atención paliativa de tal manera que, expresa ante el padre o tutor los criterios y las instrucciones que desea se tengan en cuenta, sobre los cuidados que quiere recibir en el final de su vida, por su derecho conforme a la Ley de Salud de la Ciudad de México en el Capítulo XXIX de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos en su Art. 149º, así como las demás legislaciones aplicables para dicho efecto, **expreso mi decisión para ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad, haciendo valer mi derecho, doy a conocer las medidas que acepto o rechazo.**

|                                               |    |  |    |  |                                                                                       |
|-----------------------------------------------|----|--|----|--|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Manifestación para Donación de Órganos</b> | si |  | no |  | * Con fundamento en Cap. XXV, Artículo 138 de la Ley de Salud de la Ciudad de México. |
|-----------------------------------------------|----|--|----|--|---------------------------------------------------------------------------------------|

| Datos del Representante |             |                     |                                       |
|-------------------------|-------------|---------------------|---------------------------------------|
| Nombre:                 |             |                     |                                       |
| Domicilio:              |             |                     |                                       |
| Parentesco:             |             | Teléfono:           |                                       |
| Edad: _____             | Sexo: _____ | Estado Civil: _____ | Identificación: _____<br>Folio: _____ |
| Nacionalidad: _____     |             | Ocupación: _____    |                                       |



| 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:      |               |

| DIRECTRICES ANTICIPADAS PEDIÁTRICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Quiero que, si mi corazón deja de latir, hagan algo para que vuelva a latir? <b>Reanimación cardiopulmonar (RCP).</b> Procedimientos técnicos (manuales, farmacológicos y por desfibrilación cardíaca) que pueden restaurar la capacidad respiratoria y el movimiento del corazón cuando los latidos se detienen. | SI | NO |
| ¿Quiero tener un tubo en la boca conectado a una máquina, que haga que mis pulmones respiren? <b>Respiración mecánica.</b> Procedimiento en el que un paciente es intubado y conectado a un ventilador o respirador para mantener la función respiratoria (CPap-BiPap).                                            | SI | NO |
| ¿Quiero tener un tubo en la boca o nariz, por donde me puedan alimentar o dar de beber? <b>Apoyo Nutricional Especializado.</b> Líquidos/alimentos artificiales por sonda. Tuvo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago (Gastrostomías).                                                           | SI | NO |
| ¿Quiero que me den medicinas para que no me duela o para sentirme mejor? <b>Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.</b>                                                                                                                                                             | SI | NO |
| ¿Si los médicos no pueden controlar mis síntomas con otros tratamientos, quiero que me seden para no tener dolor? <b>Sedación Paliativa.</b>                                                                                                                                                                       | SI | NO |

| PARA MI FAMILIA:                              |
|-----------------------------------------------|
| ¿Cómo quiero que me recuerden? _____<br>_____ |
| Me gustaría que cumplan, mi siguiente deseo:  |

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 Salud de la Ciudad de México, y demás normatividad aplicable.

Ciudad de México, siendo las \_\_\_\_\_ horas, con \_\_\_\_\_ minutos, del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO



## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL PACIENTE ADULTO

FORMATO NÚMERO VAFOR/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

| Se lleva a cabo por:               |                          |                |                          |
|------------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| PACIENTE:                          | <input type="checkbox"/> | REPRESENTANTE: | <input type="checkbox"/> |
| Unidad Médica o Institución Médica |                          |                |                          |
| Nombre: _____                      |                          |                |                          |
| Domicilio: _____                   |                          |                |                          |
| Área de atención: _____            |                          |                |                          |

| Datos del paciente que se beneficia de cuidados paliativos           |                  |                           |                       |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|
| Nombre: _____                                                        |                  | N.º del Expediente: _____ |                       |
| Domicilio: _____                                                     |                  |                           |                       |
| Edad: _____                                                          | Sexo: _____      | Estado Civil: _____       | Identificación: _____ |
|                                                                      |                  | Folio: _____              |                       |
| Nacionalidad: _____                                                  | Ocupación: _____ |                           | Teléfono: _____       |
| Diagnóstico de enfermedad incurable o amenazante para la vida: _____ |                  |                           |                       |

El que suscribe, con la capacidad para tomar una decisión de manera libre, consiente y con la información suficiente, que me ha permitido reflexionar, manifiesto que: se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ya no responde a tratamiento curativo por lo que se beneficia de atención paliativa de tal manera que, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta, sobre los cuidados que quiero recibir en el final de mi vida, por mi derecho conforme a la Ley General de Salud en su Art. 166 Bis 4, así como el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de Servicios de Atención Médica Art. 138 Bis 2 y la Ley de Salud de la Ciudad de México en el Capítulo XXIX de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos en su Art. 149, así como las demás legislaciones aplicables para dicho efecto, **expreso mi decisión** para ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos **que pretendan prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad, haciendo valer mi derecho, doy a conocer las medidas que acepto o rechazo.**

|                                              |    |                          |    |                          |                                                                                       |
|----------------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Manifestación para<br>Donación de<br>Órganos | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | * Con fundamento en Cap. XXV, Artículo 138 de la Ley de Salud de la Ciudad de México. |
|                                              |    |                          |    |                          |                                                                                       |

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

| Datos del Representante |             |                     |                       |
|-------------------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| Nombre: _____           |             |                     |                       |
| Domicilio: _____        |             |                     |                       |
|                         |             |                     | Teléfono: _____       |
| Edad: _____             | Sexo: _____ | Estado Civil: _____ | Identificación: _____ |
|                         |             | Folio: _____        |                       |
| Nacionalidad: _____     |             | Ocupación: _____    |                       |



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

| DIRECTRICES ANTICIPADAS                                                                                                                                                                                                              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>Reanimación cardiopulmonar (RCP).</b> Procedimientos técnicos (manuales, farmacológicos y por desfibrilación cardiaca) que pueden restaurar la capacidad respiratoria y el movimiento del corazón cuando los latidos se detienen. | SI | NO |
| <b>Respiración mecánica.</b> Procedimiento en el que un paciente es intubado y conectado a un ventilador o respirador para mantener la función respiratoria (CPap-BiPap).                                                            | SI | NO |
| <b>Apoyo Nutricional Especializado.</b> Líquidos/alimentos artificiales por sonda. Tuvo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago (Gastrostomías).                                                                     | SI | NO |
| <b>Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.</b>                                                                                                                                                        | SI | NO |
| <b>Sedación Paliativa.</b>                                                                                                                                                                                                           | SI | NO |

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 Salud de la Ciudad de México, y demás legislación aplicable.

Ciudad de México, siendo las \_\_\_\_\_ horas, con \_\_\_\_\_ minutos, del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

CIUDAD INNOVADORA  
Y DE DERECHOS

## FORMATO DE REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA INSTITUCIONES DE SALUD

FOLIO A REVOCAR: \_\_\_\_\_

### Institución Médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Área de Atención: \_\_\_\_\_

### Datos del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dx: \_\_\_\_\_

Motivo de la Revocación: \_\_\_\_\_

### Datos del Representante

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Ciudad de México a \_\_\_ de \_\_\_ del \_\_\_\_, siendo las \_\_\_ horas del día en presencia del personal de salud autorizado y en presencia de dos testigos, **el formato podrá ser revocado en cualquier momento mediante la manifestación de la voluntad anticipada con las mismas formalidades que señala la Ley de Salud de la Ciudad de México.**

Suscrito por \_\_\_\_\_, revoco la Voluntad Anticipada  
suscrita el día \_\_\_\_\_.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

CIUDAD **INNOVADORA**  
Y DE **DERECHOS**

Designo como testigos, que concurrieron en el presente acto y verificaron mi revocación 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 |
|---------------|
|               |
|               |
|               |
|               |
|               |
|               |

FIRMAS

\_\_\_\_\_

PACIENTE

\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

TESTIGO 1

\_\_\_\_\_

TESTIGO 2



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD

CIUDAD **INNOVADORA**  
Y DE **DERECHOS**

#### DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA REVOCACIÓN

Copia de identificación oficial del paciente: ☐

Copia de identificación oficial del representante: ☐

Copia de identificación oficial del testigo 1: ☐

Copia de identificación oficial del testigo 2: ☐

Copia del Formato de Voluntad Anticipada que se va a revocar. ☐