



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: _____ 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.**

Manifestación para Donación de Órganos	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: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	



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:



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? Reanimación cardiopulmonar (RCP). 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? Respiración mecánica. 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? Apoyo Nutricional Especializado. 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? Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.	SI	NO
¿Si los médicos no pueden controlar mis síntomas con otros tratamientos, quiero que me seden para no tener dolor? Sedación Paliativa.	SI	NO

PARA MI FAMILIA:
¿Cómo quiero que me recuerden? _____
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:	☐	REPRESENTANTE:	☐
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 Donación de Órganos	si	☐	no	☐	* 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		
Reanimación cardiopulmonar (RCP). 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
Respiración mecánica. Procedimiento en el que un paciente es intubado y conectado a un ventilador o respirador para mantener la función respiratoria (CPap-BiPap).	SI	NO
Apoyo Nutricional Especializado. Líquidos/alimentos artificiales por sonda. Tuvo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago (Gastrostomías).	SI	NO
Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.	SI	NO
Sedación Paliativa.	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: _____

_____ Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ 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 _____.



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. ☐