



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 XXX 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	☐ sí	☐ 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: _____



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 cardiaca) 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 que se introducen por sonda y llegan hasta el estómago o el intestino delgado.	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. Procedimiento que se utiliza para reducir la consciencia, y así aliviar los síntomas que no pueden ser controlados con uno o varios tratamientos específicos.	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 XXX 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: _____

Parentesco: _____ 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 que se introducen por sonda y llegan hasta el estómago o el intestino delgado.	SI	NO
Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.	SI	NO
Sedación Paliativa. Procedimiento que se utiliza para reducir la consciencia, y así aliviar los síntomas que no pueden ser controlados con uno o varios tratamientos específicos.	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



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: _____

Diagnóstico: _____

Motivo de la revocación: _____

Datos del Representante

Nombre: _____

Domicilio: _____

Parentesco: _____ 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 _____.



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