

**AVISO DE SUSCRIPCIÓN NOTARIAL
AL PROGRAMA DE VOLUNTAD ANTICIPADA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

DATOS DE LA NOTARIA

Número de Notaría:	
Titular:	

SELLO Y FIRMA

SELLO Y FIRMA

DATOS DEL INSTRUMENTO NOTARIAL

Escritura No.		Fecha de Escritura		Fecha de otorgamiento	
---------------	--	--------------------	--	-----------------------	--

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Nombre completo:		Fecha de Nacimiento:
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Estado civil: : <input type="radio"/> Soltero (a) <input type="radio"/> Casado (a)	
Nacionalidad:	Alcaldía donde reside:	Ocupación:
Nombre completo del Padre:		
Nombre completo de la Madre:		
El suscriptor se expresa a favor de la donación de sus órganos y tejidos: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

DATOS DEL REPRESENTANTE

Nombre completo:	
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Estado civil: : <input type="radio"/> Soltero (a) <input type="radio"/> Casado (a)
Nacionalidad:	Ocupación:
Parentesco: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Si	Cuál: