

## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

### Unidad Médica Hospitalaria

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Área de atención: \_\_\_\_\_

### Datos del enfermo en etapa terminal

Nombre: _____			No. De Expediente: _____	
Domicilio: _____				
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____	
			Folio: _____	
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	Teléfono: _____	
Dx. Terminal: _____				

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que: se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en el artículo 3 fracción VI de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y artículo 2 fracción III del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, **expreso mi decisión para no ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad.**

<b>Manifestación para Donación de Órganos</b>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	*Con fundamento en el artículo 8 fracción IV de la Ley de Voluntad Anticipada.
---	----	--------------------------	----	--------------------------	--

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: _____		

## FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

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


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 Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y demás legislación aplicable.

En México, Distrito Federal, siendo las \_\_\_\_ horas, con \_\_\_\_ minutos, del día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

## **FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL**