

PUBLICADO EL 29 DE JUNIO DE 2012 EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO.

LINEAMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

Juan Luis Mosqueda Gómez, Secretario de Salud, en el ejercicio de las facultades que me confieren los artículos 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato; 12, 13 fracción V y 27 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato; segundo transitorio de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato; 1o. y 17 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y en observancia a lo dispuesto por los artículos 2o., 6o., 7o., y 8o., del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CONSIDERANDO

El marco de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato expedida por la Sexagésima Primera Legislatura tiene como objeto garantizar la atención médica a los enfermos en situación terminal, respetando su voluntad y dignidad humana mediante la manifestación de su voluntad anticipada, la cual se exterioriza a través de los formatos y documentos que en los presentes lineamientos se detallan.

De conformidad a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, se ha instituido un Registro Estatal de Voluntades Anticipadas, en donde la Unidad Especializada estará a su cargo y adscrita a la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

Así, los presentes lineamientos, tienen por objeto establecer los criterios que se tendrán para que la Secretaría de Salud emita los nombramientos al personal autorizado, así como la forma en que serán distribuidos los formatos de voluntad anticipada y de revocación, estableciendo también el procedimiento operativo que implica la inscripción del documento de voluntad anticipada, formato de voluntad anticipada o formato de revocación.

Por lo anteriormente expuesto y con fundamento en las disposiciones legales y administrativas previamente invocadas, he tenido a bien expedir los siguientes:

Lineamientos para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato

**Capítulo I
Disposiciones Generales**

Objeto

Artículo 1. Los presentes lineamientos tienen por objeto establecer los criterios que tendrá la Secretaría de Salud para emitir los nombramientos al personal autorizado, así como la forma en que serán distribuidos los formatos de voluntad anticipada y de revocación, estableciendo también el procedimiento operativo que implica la inscripción del documento de voluntad anticipada, formato de voluntad anticipada o formato de revocación.

Conceptos

Artículo 2. Para los efectos de los presentes lineamientos se considerarán las definiciones contenidas en el artículo 4 de la Ley y del Reglamento de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato respectivamente.

Responsable del diagnóstico

Artículo 3. El diagnóstico de enfermedad en situación terminal que se le da al paciente que padece una enfermedad derivada de una patología terminal, incurable e irreversible, será firmado por el médico tratante que integró el diagnóstico, así como avalado por el director de la institución de salud, basándose en lo indicado en el acta de sesión por el comité de bioética del hospital en que se esté tratando el enfermo.

Personal autorizado

Artículo 4. El personal autorizado por la Secretaría de Salud, a que hace mención la fracción VI del artículo 4 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, serán una trabajadora social en las instituciones de salud públicas o quien desempeñe una actividad afín en las instituciones de salud privadas, en donde esté siendo atendido el enfermo, así como el director de la institución de salud pública o responsable sanitario de la institución de salud privada.

El nombramiento al que hace referencia la fracción VI del artículo 4 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, será expedido por el titular de la coordinación de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud y será otorgado previa solicitud por escrito y previa comprobación de que el responsable de la institución cuenta con firma electrónica expedida por la Secretaría de Finanzas y Administración.

Suscripción por el otorgante y representante

Artículo 5. Para la suscripción de los formatos o documentos, el solicitante deberá hacerse acompañar de su representante y de manera optativa, de un representante que le sustituya en el cargo, para el efecto de que este último lo desempeñe en el caso de que al representante elegido en primer término no le sea posible hacerlo.

Obligatoriedad del modelo de cuidados paliativos

Artículo 6. Las Instituciones de Salud o los establecimientos de áreas especializadas que presten atención de servicios en cuidados paliativos, deberán apegarse al modelo de atención que al efecto promueva la Secretaría de Salud.

Inscripción por medios electrónicos

Artículo 7. Todos los procesos de inscripción o registro que se realicen con la Unidad Especializada se harán por medios electrónicos. Para ingresar al Sistema de Registro Estatal de Voluntades Anticipadas, deberá remitirse a la página electrónica de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, así también para consultar el manual de usuario del Sistema de Registro.

De ocurrir que el sistema de comunicación electrónica presente fallas y se dificulte o impida el envío y recepción de información entre los usuarios, los notarios y las instituciones de salud comunicarán a la Unidad Especializada en Voluntad Anticipada la imposibilidad del envío en tiempo y forma del instrumento que contenga la manifestación de voluntad anticipada, para que por ese medio se determine la forma en que éste se haga llegar a la Unidad Especializada.

Aplicación de la normatividad para notarios

Artículo 8. En lo relativo al ejercicio de las funciones que deriven de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y su Reglamento o los presentes Lineamientos, el notario atenderá, además de éstas, a lo dispuesto por la normatividad que en virtud de su ejercicio le aplica.

Forma del aviso electrónico

Artículo 9. El aviso electrónico a que hace referencia el artículo 4, fracción I del Reglamento, se hará mediante la firma electrónica que la Secretaría de Administración y Finanzas del Estado de Guanajuato tiene a su cargo, y tendrán acceso a ella los notarios públicos, los directores de las instituciones de salud públicas y los responsables sanitarios de las instituciones de salud privadas en donde se suscriban formatos de voluntad anticipada y de revocación.

Capítulo II Documento de Voluntad Anticipada

Trámite para la remisión del formato

Artículo 10. Una vez que el documento sea firmado por todas las partes, el Notario enviará, dentro de los tres días hábiles siguientes, un aviso electrónico de la suscripción del documento a la Unidad Especializada, donde se hará el correspondiente registro.

El aviso electrónico referido en el párrafo anterior se acompañará con copia certificada digitalizada del documento. La Unidad Especializada acusará su recibo y en el término de tres días hábiles, de estar debidamente requisitado, emitirá una Constancia de Inscripción del mismo, la cual, por el mismo medio, será enviada al Notario para que la agregue al testimonio que entregará al suscriptor.

Capítulo III **Formatos de Voluntad Anticipada**

Trámite del formato en las instituciones de salud

Artículo 11. Una vez que se firme el formato de voluntad anticipada, el personal autorizado de la institución de salud remitirá, dentro del día hábil siguiente, un aviso electrónico de la suscripción del formato de voluntad anticipada a la Unidad Especializada, donde se hará el correspondiente registro.

La institución de salud conservará el formato de voluntad anticipada original.

El aviso electrónico referido en el párrafo anterior se acompañará con una copia digitalizada del formato de voluntad anticipada o formato de revocación, además de los documentos señalados en los incisos a) y b) de la fracción I del artículo 5 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y en el caso de los formatos de voluntad anticipada suscritos por el familiar signatario y por padres o tutores, anexar el acta del registro civil o el documento público que comprueben la filiación o parentesco con el enfermo en situación terminal, así como la declaratoria judicial de incapacidad del enfermo en situación terminal, en su caso. La Unidad Especializada acusará su recibo y en el término de tres días hábiles, de estar debidamente requisitado, emitirá una Constancia de Inscripción, la cual, por el mismo medio será enviada a la institución de salud para que sea entregada al suscriptor.

Identificaciones oficiales para el trámite

Artículo 12. Se consideran identificaciones oficiales:

- I. Pasaporte vigente, expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores;
- II. Credencial para votar, expedida por el Instituto Federal Electoral;
- III. Cédula profesional, expedida por la Secretaría de Educación Pública.
- IV. Cartilla del Servicio Militar Nacional, expedida por la Secretaria de Defensa Nacional;
- V. Identificación oficial vigente con fotografía y firma, expedida por el gobierno federal, estatal, municipal o del Distrito Federal;
- VI. Tratándose de extranjeros el documento migratorio vigente que corresponda, emitido por la autoridad competente;
- VII. Certificado de Matricula Consular, expedido por la Secretaria de Relaciones Exteriores o en su caso por la Oficina Consular de la circunscripción donde se encuentre el connacional;

- VIII. Clave Única de Registro de Población; y
- IX. Credencial con fotografía expedida por la institución educativa donde los menores cursen su instrucción escolar.

Formatos de voluntad anticipada

Artículo 13. Los formatos de voluntad anticipada y el de revocación de voluntad anticipada, se publicarán en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado y estarán disponibles en la página electrónica de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato. Para efectos de control, la numeración de éstos será otorgada directamente por el personal de una Unidad Especializada en Voluntad Anticipada a las instituciones de salud que suscriban alguno de los formatos.

Forma de acreditar el parentesco

Artículo 14. Para el caso que se señala en la fracción II del artículo 27 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, quien vaya a fungir como familiar signatario del formato de voluntad anticipada, será en el orden señalado en el artículo 28 de la misma Ley, y para el efecto de la filiación, ésta podrá ser demostrada mediante actas certificadas expedidas por la Oficina del Registro Civil que corresponda, resolución judicial o instrumento notarial.

Capítulo IV Revocación y Nulidad de la Voluntad Anticipada

Suscripción y remisión del formato de revocación

Artículo 15. Para la suscripción del formato de revocación de voluntad anticipada se atenderá a lo dispuesto para el formato de voluntad anticipada.

Una vez firmado el formato de revocación, el personal autorizado de la institución de salud remitirá dentro del día hábil siguiente, un aviso electrónico de la suscripción del formato de revocación, con copia de la Constancia de Inscripción, a la Unidad Especializada, donde ésta acusará su recibo y en el término de tres días hábiles, de estar debidamente requisitado, emitirá una Constancia de Revocación.

Tratándose de revocación hecha ante notario público, éste remitirá, dentro de los tres días hábiles siguientes, un aviso electrónico de la suscripción de la revocación con copia de la Constancia de Inscripción, a la Unidad Especializada, donde ésta acusará su recibo y en el término de tres días hábiles, de estar debidamente requisitado, emitirá una Constancia de Revocación.

Aquellas personas que suscriban el documento de voluntad anticipada y deseen revocarlo, podrán hacerlo de forma gratuita en la institución de salud donde se suscriban formatos de voluntad anticipada que deseen.

Trámite para la revocación ante notario

Artículo 16. De acuerdo a lo señalado por el artículo 14 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, si el enfermo en situación terminal opta por tramitar la revocación de su documento de voluntad anticipada ante notario, éste último deberá estar a lo señalado en el artículo 15.

Suspensión en caso de nulidad del documento

Artículo 17. En lo referente a la nulidad del documento, del formato o del formato de revocación de voluntad anticipada, las instancias civiles serán las encargadas de resolver el litigio, mientras tanto, se suspenderá el cumplimiento hasta que la autoridad competente resuelva.

T R A N S I T O R I O

Inicio de vigencia

Artículo Único. Los presentes lineamientos iniciarán su vigencia a partir del cuarto día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Estado de Guanajuato.

Dado en la sede de la Secretaría de Salud del Estado, sita en la ciudad de Guanajuato, Guanajuato, a los 26 de junio de 2012.

JUAN LUIS MOSQUEDA GÓMEZ



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA



ARTÍCULO 27, FRACCIÓN I. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

¹. FOLIO:

DATOS DEL ENFERMO

² . NOMBRE:	
³ . EXPEDIENTE CLÍNICO:	
⁴ . DOMICILIO:	
⁵ . TELÉFONO:	⁶ . MÓVIL:
⁷ . EDAD:	⁸ . SEXO:
⁹ . IDENTIFICACIÓN:	
¹⁰ . ESTADO CIVIL:	¹¹ . NO. DE FOLIO:
¹² . NACIONALIDAD:	
¹³ . DIAGNÓSTICO TERMINAL:	

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

¹⁴ . NOMBRE:
¹⁵ . DOMICILIO:
¹⁶ . NÚMERO DE REGISTRO:

En la Ciudad de ¹⁷. _____, Guanajuato, siendo las ¹⁸. _____ horas del día ¹⁹. _____ de _____ de _____, en presencia del personal autorizado de esta Institución de Salud, asistiendo además dos testigos designados por mí, el suscrito, ²⁰. _____, por mi propio derecho, bajo protesta de decir verdad y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto conocer la situación actual de mi estado de salud, médicamente diagnosticada como terminal por lo que, con fundamento y conocimiento de los artículos 3, 4, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 y al 39 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y 5, 8, 9, 10, 11, 12, 16 fracciones I, III y V y 17 de su Reglamento, expreso que es mi voluntad que no me sean aplicados tratamientos médicos tendientes a conservar mi vida sin fines curativos, por lo que autorizo expresamente a los especialistas de la salud responsables de mi integridad física a que se me proporcione el servicio de cuidados paliativos, respetando mi dignidad humana.

Asimismo, con fundamento en los artículos 30, fracción IV, 31 y 34 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, para que vigile el cumplimiento del formato de voluntad anticipada, nombro como representante ²¹ a _____, quien en este momento acepta el cargo conferido, asentando su firma de conformidad. De la misma manera, nombro a ²². _____ para que desempeñe el cargo en el caso de que al primero no le sea posible hacerlo.

DATOS DEL REPRESENTANTE

²³ . NOMBRE:	
²⁴ . DOMICILIO:	
²⁵ . TELÉFONO:	²⁶ . MÓVIL:
²⁷ . EDAD:	²⁸ . SEXO:
²⁹ . IDENTIFICACIÓN:	
³⁰ . ESTADO CIVIL:	³¹ . FOLIO:
³² . NACIONALIDAD:	

DATOS DEL REPRESENTANTE OPTATIVO

³³ . NOMBRE:	
³⁴ . DOMICILIO:	
³⁵ . TELÉFONO:	³⁶ . MÓVIL:
³⁷ . EDAD:	³⁸ . SEXO:
³⁹ . IDENTIFICACIÓN:	
⁴⁰ . ESTADO CIVIL:	⁴¹ . FOLIO:
⁴² . NACIONALIDAD:	

TESTIGO 1		TESTIGO 2	
43. NOMBRE:		43. NOMBRE:	
44. DOMICILIO:		44. DOMICILIO:	
45. TELÉFONO:		45. TELÉFONO:	
46. EDAD:		46. EDAD:	
47. SEXO:		47. SEXO:	
48. ESTADO CIVIL:		48. ESTADO CIVIL:	
49. IDENTIFICACIÓN:		49. IDENTIFICACIÓN:	
50. PARENTESCO:		50. PARENTESCO:	

Una vez leído el presente formato de voluntad anticipada, el solicitante confirma que es su voluntad la que aquí se manifiesta, por lo que se firma un tanto por todos y cada uno de los que en ella intervinieron.

51. OTORGANTE NOMBRE, FIRMA		52. REPRESENTANTE NOMBRE, FIRMA	
53. REPRESENTANTE OPTATIVO NOMBRE, FIRMA		54. TESTIGO 1 NOMBRE, FIRMA	
55. TESTIGO 2 NOMBRE, FIRMA		56. TRABAJADOR SOCIAL NOMBRE, FIRMA, NÚM. DE CÉDULA	
57. INTÉRPRETE NOMBRE, FIRMA		58. SELLO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD	



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA



Secretaría de Salud

ARTÍCULO 27, FRACCIÓN II. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

1. FOLIO:

DATOS DEL ENFERMO

2. NOMBRE:	
3. EXPEDIENTE CLÍNICO:	
4. DOMICILIO:	
5. TELÉFONO:	6. MÓVIL:
7. EDAD:	8. SEXO:
9. IDENTIFICACIÓN:	
10. ESTADO CIVIL :	11. NO. DE FOLIO:
12. NACIONALIDAD:	
13. DIAGNÓSTICO TERMINAL:	

DATOS DEL FAMILIAR SIGNATARIO Y REPRESENTANTE

14. NOMBRE:		
15. DOMICILIO:		
16. TELÉFONO:	17. MÓVIL:	
18. EDAD:	19. SEXO:	
20. ESTADO CIVIL:		
21. IDENTIFICACIÓN:	22. NO. DE FOLIO:	
23. NACIONALIDAD:		
24. PARENTESCO CON EL ENFERMO:	a. Cónyuge O	b. Concubinario o Concubina O
c. Hijos mayores de edad O	d. Padres o adoptantes O	e. Nietos mayores de edad O
f. Hermanos mayores de edad O		
43. ACREDITADO CON:	a. Acta del Registro Civil O	b. Documento público O

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

26. NOMBRE:	
27. DOMICILIO:	
28. NÚMERO DE REGISTRO:	

En la Ciudad de ^{29.} _____, Guanajuato, siendo las ^{30.} _____ horas del día ^{31.} _____ de _____ de _____, en presencia del personal autorizado de esta Institución de Salud, asistiendo además dos testigos designados por mí, el suscrito, ^{32.} _____, como familiar suscriptor de ^{33.} _____, enfermo (a) en situación terminal, en los términos de la fracción II del artículo 27 de la Ley de Voluntad Anticipada, bajo protesta de decir verdad y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto conocer la situación actual del estado de salud del (la) enfermo (a), médicamente diagnosticada como terminal por lo que, con fundamento y conocimiento de los artículos 3, 4, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 y 39 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y 5, 8, 9, 10, 11, 12, 16 fracciones I, III y V y 17 de su Reglamento, y encontrándose impedido(a) para manifestar por sí mismo(a) su voluntad, no existiendo documento de voluntad anticipada suscrito por el(la) enfermo(a) solicito que no le sean aplicados tratamientos médicos tendientes a conservar la vida del(la) enfermo(a) sin fines curativos, por lo que autorizo expresamente a los especialistas de la salud responsables de su integridad física a que se le proporcione el servicio de cuidados paliativos, respetando su dignidad humana.

Asimismo, con fundamento en los artículos 30 , fracción IV, 31 y 34 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, para que vigile el cumplimiento del formato de voluntad anticipada, nombro como representante a ^{34.} _____, quien en este momento acepta el cargo conferido, asentando su firma de conformidad. De la misma manera, nombro a ^{35.} _____ para que desempeñe el cargo en el caso de que al primero no le sea posible hacerlo.

DATOS DEL REPRESENTANTE OPTATIVO

36. NOMBRE:	
37. DOMICILIO:	
38. TELÉFONO:	39. MÓVIL:
40. EDAD:	41. SEXO:
42. IDENTIFICACIÓN:	
43. ESTADO CIVIL:	44. FOLIO:
45. NACIONALIDAD:	

TESTIGO 1		TESTIGO 2	
46. NOMBRE:		46. NOMBRE:	
47. DOMICILIO:		47. DOMICILIO:	
48. TELÉFONO:		48. TELÉFONO:	
49. EDAD:		49. EDAD:	
50. SEXO:		50. SEXO:	
51. ESTADO CIVIL:		51. ESTADO CIVIL:	
52. IDENTIFICACIÓN:		52. IDENTIFICACIÓN:	
53. PARENTESCO:		53. PARENTESCO:	

Una vez leído el presente formato de voluntad anticipada, el solicitante confirma que es su voluntad la que aquí se manifiesta, por lo que se firma un tanto por todos y cada uno de los que en ella intervinieron.

54. FAMILIAR SIGNATARIO Y REPRESENTANTE		55. REPRESENTANTE OPTATIVO	
NOMBRE, FIRMA		NOMBRE, FIRMA	
56. TESTIGO 1		57. TESTIGO 2	
NOMBRE, FIRMA		NOMBRE, FIRMA	
58. TRABAJADOR SOCIAL		59. INTÉRPRETE	
NOMBRE, FIRMA, NÚM. DE CÉDULA		NOMBRE, FIRMA	
60. SELLO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA



ARTÍCULO 27, FRACCIÓN III. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

¹ FOLIO:

DATOS DEL ENFERMO MENOR DE EDAD O INCAPAZ

² NOMBRE:

³ EXPEDIENTE CLÍNICO:

⁴ DOMICILIO:

⁵ TELÉFONO:

⁶ MÓVIL:

⁷ EDAD:

⁸ SEXO:

⁹ ESTADO CIVIL:

¹⁰ IDENTIFICACIÓN:

¹¹ NO. DE FOLIO:

¹² NACIONALIDAD:

¹³ DIAGNÓSTICO TERMINAL:

DATOS DEL PADRE O TUTOR Y REPRESENTANTE

¹⁴ NOMBRE:

¹⁵ DOMICILIO:

¹⁶ TELÉFONO:

¹⁷ MÓVIL:

¹⁸ EDAD:

¹⁹ SEXO:

²⁰ ESTADO CIVIL:

²¹ IDENTIFICACIÓN:

²² NO. DE FOLIO:

²³ NACIONALIDAD:

²⁴ PARENTESCO CON EL ENFERMO:

1. Padre O

2. Madre O

3. Tutor O

²⁵ ACREDITADO CON:

1. Acta de del Registro Civil O

2. Documento público O

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

²⁶ NOMBRE:

²⁷ DOMICILIO:

²⁸ NÚMERO DE REGISTRO:

En la Ciudad de ²⁹ _____, Guanajuato, siendo las ³⁰ _____ horas del día ³¹ _____ de _____ de _____, en presencia del personal autorizado de esta Institución de Salud, asistiendo además dos testigos designados por mí, el suscrito, ³² _____, como padre, madre o tutor de ³³ _____, enfermo (a) en situación terminal, en los términos de la fracción II del artículo 27 de la Ley de Voluntad Anticipada, bajo protesta de decir verdad y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto conocer la situación actual del estado de salud del (la) enfermo (a), médicamente diagnosticada como terminal por lo que, con fundamento y conocimiento de los artículos 3, 4, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 y 39 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y 5, 8, 9, 10, 11, 12, 16 fracciones I, III y V y 17 de su Reglamento, y encontrándose impedido(a) para manifestar por sí mismo(a) su voluntad, no existiendo documento de voluntad anticipada suscrito por el(la) enfermo(a) solicito que no le sean aplicados tratamientos médicos tendientes a conservar la vida del(la) enfermo(a) sin fines curativos, por lo que autorizo expresamente a los especialistas de la salud responsables de su integridad física a que se le proporcione el servicio de cuidados paliativos, respetando su dignidad humana.

Asimismo, con fundamento en los artículos 30 , fracción IV, 31 y 34 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato, para que vigile el cumplimiento del formato de voluntad anticipada, nombro como representante a ³⁴ _____, quien en este momento acepta el cargo conferido, asentando su firma de conformidad. De la misma manera, nombro a ³⁵ _____ para que desempeñe el cargo en el caso de que al primero no le sea posible hacerlo.

DATOS DEL REPRESENTANTE OPTATIVO

36. NOMBRE:			
37. DOMICILIO:			
38. TELÉFONO:		39. MÓVIL:	
40. EDAD:		41. SEXO:	
42. ESTADO CIVIL:			
43. IDENTIFICACIÓN:		44. FOLIO:	
45. NACIONALIDAD:			

TESTIGO 1		TESTIGO 2	
46. NOMBRE:		46. NOMBRE:	
47. DOMICILIO:		47. DOMICILIO:	
48. TELÉFONO:		48. TELÉFONO:	
49. EDAD:		49. EDAD:	
50. SEXO:		50. SEXO:	
51. ESTADO CIVIL:		51. ESTADO CIVIL:	
52. IDENTIFICACIÓN:		52. IDENTIFICACIÓN:	
53. PARENTESCO:		53. PARENTESCO:	

Una vez leído el presente formato de voluntad anticipada, el solicitante confirma que es su voluntad la que aquí se manifiesta, por lo que se firma un tanto por todos y cada uno de los que en ella intervinieron.

54. PADRE O TUTOR Y REPRESENTANTE NOMBRE, FIRMA		55. REPRESENTANTE OPTATIVO NOMBRE, FIRMA	
56. TESTIGO 1 NOMBRE, FIRMA		57. TESTIGO 2 NOMBRE, FIRMA	
58. TRABAJADOR SOCIAL NOMBRE, FIRMA, NÚM. DE CÉDULA		59. INTÉRPRETE NOMBRE Y FIRMA	
60. SELLO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			



FORMATO DE REVOCACION DE VOLUNTAD ANTICIPADA



Secretaría de Salud

ARTÍCULO 24. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO

¹ FOLIO:

DATOS DEL ENFERMO QUE REVOCA LA VOLUNTAD ANTICIPADA

² NOMBRE:

³ VOLUNTAD ANTICIPADA MANIFESTADA EN: DOCUMENTO FORMATO

⁴ NÚM. DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN:

⁵ FECHA DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN:

⁶ NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

⁷ NOMBRE DEL REPRESENTANTE OPTATIVO:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

⁸ NOMBRE:

⁹ DOMICILIO:

¹⁰ NÚMERO DE REGISTRO:

En la Ciudad de ¹¹ _____, Guanajuato, siendo las ¹² _____ horas del día ¹³ _____ de _____ de _____, en presencia del personal autorizado de esta Institución de Salud, asistiendo además dos testigos designados por mí, el suscrito, ¹⁴ _____, por mi propio derecho, bajo protesta de decir verdad y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que es mi voluntad personal, libre, consciente e inequívoca revocar mi manifestación de voluntad anticipada, por lo que, con fundamento y conocimiento de los artículos 24, y 26, 27, 28 y 29 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato y de la fracción IV del artículo 4, 13, 14 y 15 de su Reglamento, revoco la manifestación de voluntad anticipada antes mencionada, autorizando expresamente a los especialistas de la salud responsables de mi integridad física para que me apliquen tratamientos médicos tendientes a conservar mi vida.

TESTIGO 1		TESTIGO 2	
15. NOMBRE:		15. NOMBRE:	
16. DOMICILIO:		16. DOMICILIO:	
17. TELÉFONO:		17. TELÉFONO:	
18. EDAD:		18. EDAD:	
19. SEXO:		19. SEXO:	
20. ESTADO CIVIL:		20. ESTADO CIVIL:	
21. IDENTIFICACIÓN:		21. IDENTIFICACIÓN:	
22. PARENTESCO:		22. PARENTESCO:	

Una vez leído el presente formato de revocación de voluntad anticipada, el solicitante confirma que es su voluntad la que aquí se manifiesta, por lo que se firma un tanto por todos y cada uno de los que en ella intervinieron.

23. OTORGANTE
NOMBRE, FIRMA

24. TESTIGO 1
NOMBRE, FIRMA

25. TESTIGO 2
NOMBRE, FIRMA

26. TRABAJADOR SOCIAL
NOMBRE, FIRMA, NÚM. DE CÉDULA

27. INTÉRPRETE
NOMBRE, FIRMA

28. SELLO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD