



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	