



Formato de Voluntad Anticipada



ARTICULO 27, FRACCION 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

40. 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			