



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			