



# Formato de Revocación de Voluntad Anticipada



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

<sup>1</sup>. FOLIO:

### DATOS DEL ENFERMO QUE REVOCA LA VOLUNTAD ANTICIPADA

<sup>2</sup>. NOMBRE:

<sup>3</sup>. VOLUNTAD ANTICIPADA MANIFESTADA EN:  DOCUMENTO  FORMATO

<sup>4</sup>. NÚM. DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN:

<sup>5</sup>. FECHA DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN:

<sup>6</sup>. NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

<sup>7</sup>. NOMBRE DEL REPRESENTANTE OPTATIVO:

### DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

<sup>8</sup>. NOMBRE:

<sup>9</sup>. DOMICILIO:

<sup>10</sup>. NÚMERO DE REGISTRO:

En la Ciudad de <sup>11</sup>. \_\_\_\_\_, Guanajuato, siendo las <sup>12</sup>. \_\_\_\_\_ horas del día <sup>13</sup>. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en presencia del personal autorizado de esta Institución de Salud, asistiendo además dos testigos designados por mí, el suscrito, <sup>14</sup>. \_\_\_\_\_, 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**

Este documento contiene información de carácter confidencial, de conformidad con la fracción I del artículo 18 de la Ley de Acceso a la Información Pública para el Estado y los Municipios de Guanajuato y fracción V del artículo 3 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado y los Municipios de Guanajuato.