



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL PACIENTE ADULTO

FORMATO NÚMERO VAFOR/_____/20____

Se lleva a cabo por:

PACIENTE:

REPRESENTANTE:

Unidad Médica o Institución Médica

Nombre: _____
Domicilio: _____
Área de atención: _____

Datos del paciente que se beneficia de cuidados paliativos

Nombre: _____		N.º del Expediente: _____	
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	Teléfono: _____
Diagnóstico de enfermedad incurable o amenazante para la vida: _____ _____			

El que suscribe, con la capacidad para tomar una decisión de manera libre, consiente y con la información suficiente, que me ha permitido reflexionar, manifiesto que: se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ya no responde a tratamiento curativo por lo que se beneficia de atención paliativa de tal manera que, expreso los criterios y las instrucciones que deseo que se tengan en cuenta, sobre los cuidados que quiero recibir en el final de mi vida, por mi derecho conforme a la Ley General de Salud en su Art. 166 Bis 4, así como el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de Servicios de Atención Médica Art. 138 Bis 2 y la Ley de Salud de la Ciudad de México en el Capítulo XXX de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos en su Art. 149, así como las demás legislaciones aplicables para dicho efecto, **expreso mi decisión** para ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos **que pretendan prolongar mi vida, protegiendo en todo momento mi dignidad, haciendo valer mi derecho, doy a conocer las medidas que acepto o rechazo.**

Manifestación para Donación de Órganos	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	* Con fundamento en Cap. XXV, Artículo 138 de la Ley de Salud de la Ciudad de México.
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

Datos del Representante

Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Parentesco: _____			Teléfono: _____
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	



Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad está manifestada a:

Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	Identificación:	Folio:
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Ocupación:		Ocupación:	

Directrices Anticipadas		
Reanimación cardiopulmonar (RCP). Procedimientos técnicos (manuales, farmacológicos y por desfibrilación cardiaca) que pueden restaurar la capacidad respiratoria y el movimiento del corazón cuando los latidos se detienen.	SI	NO
Respiración mecánica. Procedimiento en el que un paciente es intubado y conectado a un ventilador o respirador para mantener la función respiratoria (CPap-BiPap).	SI	NO
Apoyo Nutricional Especializado. Líquidos/alimentos artificiales que se introducen por sonda y llegan hasta el estómago o el intestino delgado.	SI	NO
Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.	SI	NO
Sedación Paliativa. Procedimiento que se utiliza para reducir la consciencia, y así aliviar los síntomas que no pueden ser controlados con uno o varios tratamientos específicos.	SI	NO

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley de Salud de la Ciudad de México, y demás legislación aplicable.

Ciudad de México, siendo las ____ horas, con ____ minutos, del día ____ del mes ____ del año 20 ____.

PACIENTE

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO