GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO | SECRETARÍA DE SALUD

CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS

FORMATO DE REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA INSTITUCIONES DE SALUD

FOLIO A REVOCAR: _____

Institución Médica			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Área de Atención: _____			
Datos del paciente			
Nombre: _____			No. de Expediente: _____
Domicilio: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado civil: _____	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____		Ocupación: _____	Teléfono: _____
Diagnóstico: _____			
Motivo de la revocación: _____			
Datos del Representante			
Nombre: _____			
Domicilio: _____			
Parentesco:			Teléfono:
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad: _____			Ocupación: _____

Ciudad de México a _____de _____del _____, siendo las _____horas del día en presencia del personal de salud autorizado y en presencia de dos testigos, el formato podrá ser revocado en cualquier momento mediante la manifestación de la voluntad anticipada con las mismas formalidades que señala la Ley de Salud de la Ciudad de México.

Suscrito por_____, revoco la Voluntad Anticipada suscrita el día_____.

Designo como testigos, que concurrieron en el presente acto y verificaron mi revocación 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:	

Observaciones

FIRMAS

_____

PACIENTE

_____

REPRESENTANTE

_____ _____

TESTIGO 1 TESTIGO 2