

LLENAR EN FORMA CLARA Y CON LETRA DE MOLDE O MÁQUINA DE ESCRIBIR

**REQUISITOS** para:

**DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

Costo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**1.- Favor de presentar la siguiente documentación:**

	Presentado
A.- Identificación oficial con fotografía del solicitante y del representante designado.	
B.- Si son extranjeros, documento migratorio.	
C.- En su caso, las declaraciones de voluntad anticipada otorgadas con anterioridad por el solicitante.	

**2.- Favor de marcar sus disposiciones del documento de voluntad anticipada:**

Nota: Puede encontrar la definición de algunos términos al final de la solicitud.

2.1 En caso de no poder expresar personalmente mi voluntad, ¿es mi deseo que se me someta a todo procedimiento terapéutico excesivo u obstinación terapéutica que tenga como finalidad alargar mi vida de manera artificial?

Sí ( ) No ( )

2.2. En caso de no poder expresar personalmente mi voluntad, ¿es mi deseo que se me someta a todos los medios, procedimientos y tratamientos paliativos con la finalidad de aminorar en su totalidad el dolor psicológico o físico que llegare a sentir hasta mi natural deceso, aun cuando esto implique la reducción de mi propia vida?

Sí ( ) No ( )

2.3. En caso de no poder expresar personalmente mi voluntad, ¿es mi deseo que se me someta a medidas de diagnóstico, terapéuticas, preventivas y/o de rehabilitación que tengan solamente fines de investigación?

Sí ( ) No ( )

2.4 Una vez que sea declarado con muerte cerebral, ¿es mi deseo donar total o parcialmente mis órganos, tejidos y células para realizar transplantes?

Sí ( ) Total ( ) Parcial ( )

No ( )

2.5 ¿Deseo manifestar mi intención de donar total o parcialmente mis restos mortales para que sean usados con fines de docencia o investigación?

Sí ( ) Total ( ) Parcial ( )

No ( )

**3.- Favor de indicar datos generales del solicitante:**

Nombre (s) _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____
Nacionalidad: _____	Lugar de nacimiento: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Estado civil: _____	Ocupación: _____	
Domicilio: _____		

Teléfonos: \_\_\_\_\_ C.U.R.P.: \_\_\_\_\_

Tiene hijos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sabe firmar: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Oye bien: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Puede hablar: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sabe leer y escribir: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ve bien: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Entiende y habla el idioma español: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nacionalidad de los padres: Mexicana ( ) Otra ( ) especifique: \_\_\_\_\_

**4.- Favor de nombrar e indicar los datos generales de su representante:**

Nota: El representante es la persona con capacidad de ejercicio que debe verificar el cumplimiento de una declaración de voluntad anticipada. Será necesario que la persona designada se presente a firmar la escritura de voluntad anticipada.

Están impedidos para desempeñar el cargo de representantes de una/un paciente:

I. Las personas que recibieron en su contra alguna demanda, denuncia o querrela formulada por la/el paciente;

II. Las personas que interpusieron alguna demanda, denuncia o querrela en contra de la/el paciente;

III. La/el concubina/rio o la/el cónyuge que se encuentre separado del paciente por más de un año o que esté en proceso de divorcio.

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nacionalidad: _____	Lugar de nacimiento: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Estado civil: _____	Ocupación: _____	
Domicilio: _____		
Teléfonos: _____	C.U.R.P.: _____	
Sabe firmar:           Sí _____ No _____	Sabe leer y escribir:    Sí _____ No _____	
Oye bien:             Sí _____ No _____	Ve bien:                Sí _____ No _____	
Puede hablar:         Sí _____ No _____	Entiende y habla el idioma español:    Sí _____ No _____	
Nacionalidad de los padres:    Mexicana    (    )    Otra    (    )    especifique: _____		

**5.- Favor de nombrar e indicar los datos generales de su representante sustituto:**

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nacionalidad: _____	Lugar de nacimiento: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Estado civil: _____	Ocupación: _____	
Domicilio: _____		
Teléfonos: _____	C.U.R.P.: _____	
Sabe firmar:           Sí _____ No _____	Sabe leer y escribir:    Sí _____ No _____	
Oye bien:             Sí _____ No _____	Ve bien:                Sí _____ No _____	
Puede hablar:         Sí _____ No _____	Entiende y habla el idioma español:    Sí _____ No _____	
Nacionalidad de los padres:    Mexicana    (    )    Otra    (    )    especifique: _____		

**6.- Se requieren de DOS TESTIGOS.**

De ser el caso, datos generales de los testigos:

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nacionalidad: _____	Lugar de nacimiento: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Estado civil: _____	Ocupación: _____	
Domicilio: _____		
Teléfono: _____	C.U.R.P.: _____	
Sabe firmar:           Sí _____ No _____	Sabe leer y escribir:    Sí _____ No _____	
Oye bien:             Sí _____ No _____	Ve bien:                Sí _____ No _____	
Puede hablar:         Sí _____ No _____	Entiende y habla el idioma español:    Sí _____ No _____	
Nacionalidad de los padres:    Mexicana    (    )    Otra    (    )    especifique: _____		
Tiempo de conocer al testador: _____		

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nacionalidad: _____	Lugar de nacimiento: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Estado civil: _____	Ocupación: _____	
Domicilio: _____		
Teléfono: _____	C.U.R.P.: _____	
Sabe firmar:           Sí _____ No _____	Sabe leer y escribir:    Sí _____ No _____	

Oye bien: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ve bien: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Puede hablar: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Entiende y habla el idioma español: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nacionalidad de los padres: Mexicana ( ) Otra ( ) especifique: \_\_\_\_\_  
Tiempo de conocer al testador: \_\_\_\_\_

**I. NOTA: FAVOR DE REVISAR TODOS SUS DATOS** ya que en caso de que exista algún error después de la firma del instrumento, la corrección correspondiente será a su cargo.

**II. Efectuar un depósito de \$ 1,000.00 (mil pesos 00/100 M.N.)** al momento de entregar esta forma para iniciar su trámite.

**III. AVISO DE PRIVACIDAD.** En cumplimiento por lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, se dio a conocer el contenido íntegro del aviso de privacidad.

**IV. PROTESTA:** Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en todas las hojas de esta solicitud son ciertos y que los documentos exhibidos son auténticos, apercibido de las penas en que incurren quienes declaran falsamente ante Notario.

CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (S) Y FIRMA (S) DEL (OS) SOLICITANTE (S)

Se entiende por:

**Voluntad anticipada:** Al acto a través del cual una persona física, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración unilateral, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí en relación con el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos, ya sea en un acta o en una escritura de voluntad anticipada, en los términos que la presente Ley establece.

**Declaración de voluntad anticipada:** A la expresión del consentimiento plenamente informado, anticipado y voluntario, que toda persona capaz, mayor de edad y en pleno.

**Escritura de voluntad anticipada:** Al instrumento original que la/el notaria/o asienta en el protocolo para hacer constar la declaración de voluntad anticipada, autorizada con su firma y sello.

**Representantes:** A las personas con capacidad de ejercicio que deben verificar el cumplimiento de una declaración de voluntad anticipada.

**Paciente:** A la/el paciente en situación terminal; es decir, a la/el que tiene diagnosticada una enfermedad incurable e irreversible, cuyo pronóstico de vida sea inferior a seis meses.

**Medios extraordinarios:** A los que constituyen un desgaste mayor para la/el paciente en situación terminal y cuyos efectos parecen ser más dolorosos o perjudiciales que los beneficios, en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comportan, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación, respecto del resultado que se puede esperar de todo ello.

**Obstinación terapéutica:** A la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida.

**Asistencia tanatológica:** A la atención profesional e integral proporcionada por un equipo interdisciplinario, tanto a la/el paciente en situación terminal, como a sus familiares, a fin de comprender la situación médica y las consecuencias de aplicar o no los cuidados paliativos, así como para enfrentar la muerte y el duelo.

**Cuidados paliativos:** Al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, al control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la/el paciente.

**Muerte digna:** Al proceso de fallecimiento de una/un paciente en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual.