

VOLUNTAD ANTICIPADA.

Es un Documento Público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamiento y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica u Obstinación Terapéutica.

ENFERMO EN ETAPA TERMINAL. - Es aquella persona que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

- a. Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b. Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico, y/o;
- c. Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL. - Es el documento suscrito por el médico tratante, avalado por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud y autorizado por el Comité Hospitalario de Ética Médica, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico, el cual deberá ser firmado autógrafamente por los mismos.

OBSTINACIÓN MÉDICA U OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA. - Utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal.

MEDIDAS MÍNIMAS ORDINARIAS Y TANATOLÓGICAS. - Consisten en la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal de salud correspondiente.

CUIDADOS PALIATIVOS. - El cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente.

SEDACIÓN CONTROLADA. - Es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste.

REPRESENTANTE. - Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.

FIRMA. - Es conveniente que vengan a firmar a la Notaría el documento de voluntad anticipada tanto el solicitante como el representante designado (sólo el primero nombrado, no el sustituto) y deben comparecer con documento de identificación (como la credencial para votar o el pasaporte).

REQUISITOS VOLUNTAD ANTICIPADA

DATOS DEL SOLICITANTE:

1. NOMBRE:

Nombre s	Apellido Paterno	Apellido Materno
----------	------------------	------------------

2. NACIONALIDAD:

3. SEXO:

() Masculino

() Femenino

4. LUGAR DE NACIMIENTO:

Municipio	Entidad Federativa
-----------	--------------------

5. FECHA DE NACIMIENTO:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

6. NOMBRE DEL PADRE:

Nombre s	Apellido Paterno	Apellido Materno
----------	------------------	------------------

7. NOMBRE DE LA MADRE:

Nombre s	Apellido Paterno	Apellido Materno
----------	------------------	------------------

8. ESTADO "CIVIL":

() Soltero

() Casado

9. DOMICILIO:

Calle	Número	Número Interior	C.P.
-------	--------	-----------------	------

Colonia	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
---------	------------------------	--------------------

Teléfonos:

Casa

Celular

10. CORREO ELECTRÓNICO:

11. OCUPACIÓN:

12. CURP:

13. EL SOLICITANTE PUEDE:

A. Ver	SI ()	NO ()	D. Leer	SI ()	NO ()
B. Oír	SI ()	NO ()	E. Escribir	SI ()	NO ()
C. Hablar	SI ()	NO ()			

14. EN CASO DE SER EXTRANJERO:

(Anexar copia de cualquiera de los documentos).

FM 2 ó FM3 No.: _____

Calidad Migratoria: _____

Carta de Naturalización: _____

Certificado de Nacionalidad Mexicana: _____

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Deseo manifestar mi intención de Donar todos aquellos Órganos o componentes de mi cuerpo, que en términos de la Legislación aplicable sean susceptibles de ser disponibles en el momento de mi muerte.

Si ()

No ()

¿Es el primer documento de Voluntad Anticipada que otorga?

Si ()

No ()

En caso de no ser el primero, favor de presentar el anterior.

REPRESENTANTE

DATOS DEL REPRESENTANTE:

1. NOMBRE:

Nombre s	Apellido Paterno	Apellido Materno
----------	------------------	------------------

2. NACIONALIDAD: _____

3. LUGAR DE NACIMIENTO: _____
Municipio Entidad Federativa

4. FECHA DE NACIMIENTO: _____
Día Mes Año

5. ESTADO "CIVIL":
() Soltero () Casado

6. DOMICILIO:

Calle	Número	Número Interior	C.P.
-------	--------	-----------------	------

Colonia	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
---------	------------------------	--------------------

7. Teléfonos: _____
Casa Celular

8. CORREO ELECTRÓNICO: _____

9. OCUPACIÓN: _____

10. CURP: _____

11. EL REPRESENTANTE PUEDE:

A. Ver	SI ()	NO ()	D. Leer	SI ()	NO ()
B. Oír	SI ()	NO ()	E. Escribir	SI ()	NO ()
C. Hablar	SI ()	NO ()			

REPRESENTANTE EN SEGUNDO LUGAR

DATOS DEL REPRESENTANTE:

1. NOMBRE:

Nombre s	Apellido Paterno	Apellido Materno
----------	------------------	------------------

2. DOMICILIO:

Calle	Número	Número Interior	C.P.
-------	--------	-----------------	------

Colonia	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
---------	------------------------	--------------------

3. Teléfonos:

_____	_____
Casa	Celular

4. CORREO ELECTRÓNICO: _____