



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 completo: N.º De Expediente:

Domicilio:

Edad: Sexo: Estado Civil: Identificación:

Nacionalidad: Ocupación: Teléfono: Folio:

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 Sí No *Con fundamento en Cap. XXV, Artículo 138 de la Ley de Salud de la Ciudad de México.

Datos del Representante

Nombre completo:

Domicilio:

Parentesco: Teléfono:

Edad: Sexo: Estado Civil: Identificación:

Nacionalidad: Ocupación: Folio:



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

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

Directrices Anticipadas Pediátricas		
¿Quiero que, si mi corazón deja de latir, hagan algo para que vuelva a latir? 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.	Sí	No
¿Quiero tener un tubo en la boca conectado a una máquina, que haga que mis pulmones respiren? Respiración mecánica. Procedimiento en el que un paciente es intubado y conectado a un ventilador o respirador para mantener la función respiratoria (CPap-BiPap).	Sí	No
¿Quiero tener un tubo en la boca o nariz, por donde me puedan alimentar o dar de beber? Apoyo Nutricional Especializado. Líquidos/alimentos artificiales que se introducen por sonda y llegan hasta el estómago o el intestino delgado.	Sí	No
¿Quiero que me den medicinas para que no me duela o para sentirme mejor? Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.	Sí	No
¿Si los médicos no pueden controlar mis síntomas con otros tratamientos, quiero que me seden para no tener dolor? 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.	Sí	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 normatividad aplicable.

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

PACIENTE

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO