



FORMATO DE REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA INSTITUCIONES DE SALUD

FOLIO A REVOCAR:

Unidad Médica o Institución Médica

Nombre:
Domicilio:
Área de atención:

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:	
Nacionalidad:		Ocupación:		Teléfono:	
				Identificación:	
				Folio:	

Diagnóstico:
.....
Motivo de la revocación:
.....
.....

Datos del Representante

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

Ciudad de México a ____ de _____ del 20____, 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 completo:		Nombre completo:	
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

TESTIGO



DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA REVOCACIÓN

- Copia de identificación oficial del paciente
- Copia de identificación oficial del representante
- Copia de identificación oficial del testigo 1
- Copia de identificación oficial del testigo 2
- Copia del Formato de Voluntad Anticipada que se va a revocar