



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO

FORMATO NÚMERO VAFOR/_____/20__

Unidad Médica o Institución Médica

Nombre:
Domicilio:
Área de atención:

Datos del paciente pediátrico que se beneficia de cuidados paliativos

Nombre completo:				N.º De Expediente:	
Domicilio:					
Edad:	Sexo:	Escolaridad:	Identificación:		
Nacionalidad:	Teléfono:		Folio:		
Grupo al que pertenece el paciente tributario a cuidados paliativos:	I	II	III	IV	
Diagnóstico:				
Principales características:				

De acuerdo a la Ley de los Derechos de niñas, niños y adolescentes en su Art. 2º y artículo 3º de la Ciudad de México, se le ha comunicado, explicado y tomado en cuenta la opinión del menor que suscribe, de acuerdo a su edad y madurez cognitiva, sobre su condición médica, la cual ya no responde a tratamiento curativo por lo que se beneficia de atención paliativa de tal manera que, expresa ante el padre o tutor los criterios y las instrucciones que desea se tengan en cuenta, sobre los cuidados que quiere recibir en el final de su vida, por su derecho conforme a la Ley de Salud de la Ciudad de México en el Capítulo XXX de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos en su Art. 149º, 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:		

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:		



Directrices Anticipadas Pediátricas

<p>¿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.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿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).</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿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.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿Quiero que me den medicinas para que no me duela o para sentirme mejor? Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>¿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.</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>

PARA MI FAMILIA

¿Cómo quiero que me recuerden?

Me gustaría que cumplan, mi siguiente deseo:

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____.

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO