



Fecha: _____

Folio: _____

FORMATO DE INGRESO A CUIDADOS PALIATIVOS

Unidad Médica Hospitalaria: _____

Dirección: _____ Teléfono y extensión: _____

Servicio Tratante: _____ Médico tratante: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN							
Nombre completo del paciente: _____							
Fecha de nacimiento del paciente: _____			Edad: _____				
Sexo	Femenino	Masculino	Número de Expediente: _____		NHC: _____		
Dirección del paciente:	Calle y No.: _____				Colonia: _____	Alcaldía: _____	
Teléfonos del paciente:		Particular: _____			Celular (es): _____		
Nombre del Cuidador Primario: _____					Parentesco: _____		
Teléfono del familiar o Cuidador:		Particular: _____			Celular (es): _____		

Diagnostico (s) _____

Fecha de ingreso al Servicio de Cuidados Paliativos: _____

¿Es referido de alguna otra Institución?: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Se contra refiere a otra Institución?: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

Escalas de Valoración en Cuidados Paliativos							
Escala de Funcionalidad en Cuidados Paliativos (PPS)		10-20	30-50	≥60	Índice Pronóstico Paliativo (PPI):	>4	>6
ECOG	0	1	2	3	4		

Tratamiento farmacológico para el control del dolor		
Medicamento/presentación	Dosis y tiempo de preinscripción	Vía de administración

Tratamiento Multidisciplinario			
Enfermería	Psicología	Nutrición	Trabajo Social

¿Se refiere a otro Hospital, Institución o al Programa de Salud en tu Casa? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Teléfono de la institución de referencia _____

Persona a la que se refiere: _____

Médico: _____

Cédula profesional: _____



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:		N.º del Expediente:	
Domicilio:			
Edad:	Sexo:	Escolaridad:	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad:		Teléfono:	
Grupo al que pertenece el paciente tributario a cuidados paliativos: I: _____ II: _____ III: _____ IV: _____			
Diagnósticos: _____			
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 XXIX 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	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	* Con fundamento en Cap. XXV, Artículo 138 de la Ley de Salud de la Ciudad de México.
-----------------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Datos del Representante			
Nombre:			
Domicilio:			
Parentesco:		Teléfono:	
Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad:		Ocupación:	



Datos de los Testigos			
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:	Edad:	Teléfono:	Edad:
Sexo:	Estado Civil:	Sexo:	Estado Civil:
Identificación:	Folio:	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.	SI	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).	SI	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.	SI	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.	SI	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.	SI	NO

Directrices Anticipadas Pediátricas
¿Cómo quiero que me recuerden? _____ _____
Me gustaría que cumplan, mi siguiente deseo: _____ _____

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exige 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 ____ año 20____.

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL PACIENTE ADULTO

FORMATO NÚMERO VAFOR/_____/20____

Se lleva a cabo por:	
PACIENTE:	<input type="text"/>
REPRESENTANTE:	<input type="text"/>
Unidad Médica o Institución Médica	
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Área de atención: _____	

Datos del paciente que se beneficia de cuidados paliativos			
Nombre:		N.º del Expediente:	
Domicilio:			
Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad:	Ocupación:	Teléfono:	
Diagnóstico de enfermedad incurable o amenazante para la vida:			

El que suscribe, con la capacidad para tomar una decisión de manera libre, consciente 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 XXIX 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	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	* Con fundamento en Cap. XXV, Artículo 138 de la Ley de Salud de la Ciudad de México.
-----------------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

Datos del Representante			
Nombre:			
Domicilio:			
Parentesco:		Teléfono:	
Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Identificación: _____ Folio: _____
Nacionalidad:		Ocupación:	



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

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

Directrices Anticipadas Pediátricas		
Reanimación cardiopulmonar (RCP). Procedimientos técnicos (manuales, farmacológicos y por desfibrilación cardíaca) que pueden restaurar la capacidad respiratoria y el movimiento del corazón cuando los latidos se detienen.	SI	NO
Respiración mecánica. Procedimiento en el que un paciente es intubado y conectado a un ventilador o respirador para mantener la función respiratoria (CPap-BiPap).	SI	NO
Apoyo Nutricional Especializado. Líquidos/alimentos artificiales que se introducen por sonda y llegan hasta el estómago o el intestino delgado.	SI	NO
Recibir medicamentos para controlar el dolor y otros síntomas físicos.	SI	NO
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.	SI	NO

La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente Formato exige 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 legislación aplicable.

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

PACIENTE

REPRESENTANTE

TESTIGO

TESTIGO



FORMATO DE REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA INSTITUCIONES DE SALUD

FOLIO A REVOCAR: _____

Unidad Médica o Institución Médica

Nombre: _____
Domicilio: _____
Área de Atención: _____

Datos del paciente

Nombre: _____ No. de Expediente: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Identificación _____
Folio: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Motivo de la Revocación _____

Datos del Representante

Nombre: _____

Domicilio: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Identificación: _____
Folio: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

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:		Nombre:	
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 1

TESTIGO 2



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.