



FORMATO DE REVOCACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA INSTITUCIONES DE SALUD

FOLIO A REVOCAR: _____

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 ____, 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.