

VOLUNTAD ANTICIPADA

La **VOLUNTAD ANTICIPADA** es un acto jurídico unilateral, revocable y libre por el cual una persona capaz planifica y define los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el momento en que no sea capaz, por sí misma, de tomar decisiones, con el propósito de salvaguardar su derecho a quien nadie atente contra la integridad física, psicológica o moral, o lo someta a condiciones indignas en caso de que se encuentre en situación terminal;

CUIDADOS PALIATIVOS: Al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, al control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la/el paciente;

ENFERMEDAD EN ESTADO TERMINAL: Al paciente reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado o cuyo pronóstico de vida para la/el paciente sea menor a seis meses;

MEDIOS EXTRAORDINARIOS: A los que constituyen un desgaste mayor para la/el paciente en situación terminal y cuyos efectos parecen ser más dolorosos o perjudiciales que los beneficios, en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comportan y de riesgo que comportan, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación, respecto del resultado que se puede esperar de todo ello.

MEDIOS ORDINARIOS: A los que son útiles para conservar la vida de la/el paciente en situación terminal que no constituyen para ella o él una carga grave o desproporcionada, en relación a los beneficios que se pueden obtener;

MUERTE DIGNA: Al proceso de fallecimiento de una/un paciente en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual;

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA: A la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida;

REPRESENTANTES: A las personas con capacidad de ejercicio que deben verificar el cumplimiento de una declaración de voluntad anticipada.

I.- DATOS DEL DECLARANTE

Nombre	_____		
Lugar de nacimiento	_____	Fecha de nacimiento	_____
Estado Civil	_____	Régimen Matrimonial	_____
Ocupación	_____		
CURP	_____	RFC	_____
Calle y Número	_____		
Colonia	_____		
Municipio	_____	Estado	_____
		Código Postal	_____
Teléfono	_____		
		Correo	_____
Se identifica con	INE o IFE	Número	_____
	Pasaporte	Número	_____
	Cédula Profesional	Número	_____

II.- CON ANTERIORIDAD

¿Ha otorgado declaración de voluntad anticipada con anterioridad? **SI** _____ **NO** _____

III.- DESEOS

SEÑALE SI USTED DESEA:

	SI	NO
Ser sometido a la aplicación de medios ordinarios y al tratamiento de cuidados paliativos en el momento que sea diagnosticado en etapa terminal y concurren situaciones clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad, a efecto de evitar la obstinación terapéutica y procurar una muerte digna.	_____	_____
Ser sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos extraordinarios, obstinados e innecesarios para prolongar su vida más allá de su resistencia física y orgánica natural en el momento que sea diagnosticado en etapa terminal y concurren situaciones clínicas en las cuales pueda expresar personalmente su voluntad.	_____	_____
Donar total o parcialmente órganos, tejidos y células, después de perder la vida, para realizar trasplantes, y que se utilice su cadáver o parte de él con fines de docencia e investigación.	_____	_____

IV.- EXPRESE CUALQUIER OTRA INSTRUCCIÓN QUE DESEE QUE SE CONTENGA EN SU VOLUNTAD ANTICIPADA

V.- DATOS DEL REPRESENTANTE:

Nombre _____
Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Estado Civil _____ Régimen Matrimonial _____
Ocupación _____
CURP _____ RFC _____
Calle y Número _____
Colonia _____
Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Correo _____
Parentesco _____

VI.- TESTIGOS

Nombre _____
Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Estado Civil _____ Régimen Matrimonial _____
Ocupación _____
CURP _____ RFC _____
Calle y Número _____
Colonia _____
Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Correo _____
Parentesco _____

Nombre _____
Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____
Estado Civil _____ Régimen Matrimonial _____
Ocupación _____
CURP _____ RFC _____
Calle y Número _____
Colonia _____
Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Correo _____
Parentesco _____

DOCUMENTOS NECESARIOS

1. Identificación oficial vigente en original del declarante (INE, Pasaporte o Cédula Profesional).
2. Identificación oficial vigente en original del representante (INE, pasaporte o Pédula Profesional).
3. Identificación oficial vigente en original de los testigos (INE, pasaporte o Cédula Profesional)
4. En su caso, primer testimonio original de la voluntad anticipada anterior.

NOTAS:

En caso de que el Declarante no supiere o no pudiese firmar, deberá presentar dos testigos que firmen a su ruego y encargo.

Si el Declarante fuese extranjero, se requiere de su forma migratoria, si es nacionalizado mexicano presentar su carta naturalización.