

**DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

**I.- DATOS DEL OTORGANTE:**

1.- Nombre: \_\_\_\_\_  
(Nombres) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)

2.- Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

3.- Nacionalidad: \_\_\_\_\_

4.- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

5.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

6.- Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
(Nombres) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)

7.- Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
(Nombres) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)

8.- Estado civil:

A. Soltero ( )

B. Casado civilmente ( )

9.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
(calle) (número) (interior)

\_\_\_\_\_ (colonia) (demarcación) (código postal)

10.- Ocupación: \_\_\_\_\_

11.- CURP: \_\_\_\_\_

12.- En caso de ser extranjero, mexicano por naturalización o hijo de extranjeros, favor de llenar los datos correspondientes:

A. EXTRANJERO:

Documento Migratorio no.: \_\_\_\_\_

Condición de Estancia: \_\_\_\_\_

No. y fecha de oficio: \_\_\_\_\_

Anexar copia del Documento

B. MEXICANO POR C. MEXICANO HIJO  
NATURALIZACIÓN: DE EXTRANJEROS

Carta número: \_\_\_\_\_

Fecha de carta: \_\_\_\_\_

Anexar copia de la carta.

Certificado de Nacionalidad Mexicana número: \_\_\_\_\_

Fecha del mismo: \_\_\_\_\_

Anexar copia del Certificado

## II.- DATOS COMPLEMENTARIOS

Conceptos que se deben tener en cuenta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada;

**DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA.-** Es el instrumento otorgado ante notario y dos testigos en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la decisión libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

**CUIDADOS PALIATIVOS.-** El cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente. Los cuidados paliativos son parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda persona que padece una enfermedad grave. No reemplazan el tratamiento primario, prescrito por los médicos tratantes, sino que contribuyen a que el tratamiento que recibe la persona enferma grave sea más confortable. Su objetivo es evitar y aliviar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida y proporcionando soporte a los familiares del enfermo o cuidadores.

Comprenden acciones para el control de diversos síntomas tales como el dolor, la dificultad para respirar, las náuseas, la fatiga, el malestar general, el estrés, la ansiedad, el insomnio, la pérdida del apetito, entre otros. Incluyen la atención de aspectos psicológicos, sociales, espirituales de la persona enferma. También ayudan a tolerar los efectos secundarios de los tratamientos médicos que reciben.

**ETAPA TERMINAL.-** Fase final de una enfermedad incurable, progresiva y mortal con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.

**REPRESENTANTE.-** Es la persona designada para dar cabal cumplimiento al Documento de Voluntad Anticipada, una vez que el otorgante se encuentra enfermo en etapa terminal. Es conveniente designar, además, uno o dos representantes sustitutos, para el caso de que el originalmente nombrado no desempeñe el cargo por cualquier motivo.

**DONACIÓN DE ÓRGANOS.-** En el Documento de Voluntad Anticipada el (la) otorgante debe manifestar su intención de donar o no todos aquellos órganos o componentes de su cuerpo, que en términos de la legislación aplicable sean susceptibles de ser disponibles en el momento de su muerte. En caso afirmativo, debe proporcionar a la notaría, en su primera entrevista, junto con esta solicitud, una fotografía suya, a color, reciente y tamaño infantil.

**TESTIGOS.-** Además del (la) otorgante, al momento de la firma del Documento de Voluntad Anticipada, deben comparecer dos testigos, mayores de edad, que sepan leer y escribir, preferentemente no parientes ni del (la) otorgante, ni entre ellos, todos con el original de su documento oficial de identificación (INE o pasaporte). Sin embargo, desde la primera entrevista (a la que no tienen que comparecer) el (la) otorgante debe

proporcionar los datos generales de los testigos, que más adelante se solicitan y copias de sus identificaciones.

### III.- DISPOSICIONES DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Es mi voluntad otorgar el Documento de Voluntad Anticipada el cual contendrá:

#### 1.- Mi decisión de:

SÍ ( )      NO ( )

Ser sometido a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar mi vida cuando me encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona; y **SÍ** ser sometido a la aplicación de cuidados paliativos.

#### 2.- Nombramiento de representante:

A.- Nombro como representante a:

\_\_\_\_\_

Nombre(s)	1er. apellido	2º apellido
-----------	---------------	-------------

B.- Nombro como representantes sustitutos a:

a).- \_\_\_\_\_

Nombre(s)	1er. apellido	2º apellido
-----------	---------------	-------------

b).- \_\_\_\_\_

Nombre(s)	1er. apellido	2º apellido
-----------	---------------	-------------

#### 3.- Donación de órganos:

Mi intención de:

SÍ ( )      NO ( )

Donar todos aquellos órganos o componentes de mi cuerpo, que en términos de la legislación aplicable sean susceptibles de ser disponibles en el momento de mi muerte.

#### 4.- ¿Es el primer Documento de Voluntad Anticipada que usted otorga?

SÍ( )      NO( )

En caso de no ser el primero, favor de traer el último.

#### IV.- DATOS DE LOS TESTIGOS

##### PRIMER TESTIGO:

- 1.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
- 2.- Nacionalidad: \_\_\_\_\_
- 3.- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- 4.- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 5.- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- 6.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Número) (Interior)  
\_\_\_\_\_  
(Colonia) (Demarcación) (Código Postal)
- 7.- Ocupación: \_\_\_\_\_
- 8.- C.U.R.P. \_\_\_\_\_  
(Anexar copia legible de la C.U.R.P.)
- 9.- Teléfono: \_\_\_\_\_ 10.- Celular: \_\_\_\_\_
- 11.- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

##### SEGUNDO TESTIGO:

- 1.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
- 2.- Nacionalidad: \_\_\_\_\_
- 3.- Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- 4.- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 5.- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- 6.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Número) (Interior)  
\_\_\_\_\_  
(Colonia) (Demarcación) (Código Postal)
- 7.- Ocupación: \_\_\_\_\_
- 8.- C.U.R.P. \_\_\_\_\_  
(Anexar copia legible de la C.U.R.P.)
- 9.- Teléfono: \_\_\_\_\_ 10.- Celular: \_\_\_\_\_
- 11.- Correo electrónico: \_\_\_\_\_