

ESCRITURA NOTARIAL DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Número de escritura _____

Datos de la Notaría

Nombre y Dirección de la Notaría: _____
Nombre del Notario Titular: _____
Número de Escritura: _____
Fecha de Otorgamiento: _____
Fecha de Notificación: _____

Datos del suscriptor

Nombre completo: _____ Domicilio: _____
Número telefónico: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____
Ocupación: _____ Identificación oficial: _____ Parentesco: _____

El que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, y actuando de manera libre, consiente, seria, inequívoca y reiterada expreso mi decisión para que cuando sea diagnosticado como enfermo en fase terminal, conforme lo establecido en la fracción XIV de la ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, SI sea sometido a la aplicación de medios ordinarios y al tratamiento de cuidados paliativos y NO sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar mi vida más allá de mi resistencia física y orgánica natural, protegiendo en todo momento mi dignidad.

Manifestación para Donación de Órganos	SI		NO		Con fundamento en la fracción III del artículo 24 de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México
--	----	--	----	--	---

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

Datos del representante

Nombre completo: _____ Domicilio: _____
Número telefónico: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____
Ocupación: _____ Identificación oficial: _____

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

Datos de los Testigos	
Primer testigo	
Nombre completo: _____	Domicilio: _____
Número telefónico: _____	Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad _____
Ocupación: _____	Identificación oficial: _____
Segundo testigo	
Nombre completo: _____	Domicilio: _____
Número telefónico: _____	Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad _____
Ocupación: _____	Identificación oficial: _____
Observaciones	
Documentos presentados	
Copia de la identificación del suscriptor: _____	
Copia de la identificación del representante: _____	
Copia de la identificación de los testigos: _____	

Una vez leído el presente formato de Voluntad Anticipada, el solicitante confirma que es su voluntad la que aquí se manifiesta.

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 General de Salud, Ley General de Voluntad Anticipada del Estado de México, su Reglamento y demás legislación aplicable.

_____, Estado de México, siendo las __horas, con __minutos, del día__ del mes__ del año 20__.

Nombre y Firma del Suscriptor

Nombre y Firma del Representante

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo
