

DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

DATOS GENERALES: _____

Nombre: _____

Nacionalidad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____

RFC y CURP: _____

Estado civil: _____

Nombre del cónyuge primer matrimonio: _____

¿Vive? _____

Nombre del cónyuge segundo o posteriores matrimonios: _____

¿Vive? _____

Hijos del suscriptor: _____

Nombre de los padres: _____

Madre: _____

¿Vive? _____

Padre: _____

¿Vive? _____

DISPOSICIONES

1.- Manifiesta su negativa a someterse a tratamientos médicos para prolongar su vida

SI () NO ()

2.- Representante: (corroborar la realización del documento de voluntad anticipada)

Datos generales del representante:

Nombre: _____

Nacionalidad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____

RFC y CURP: _____

Estado civil: _____

Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

3.- ¿Desea otorgar su consentimiento para que a su muerte se disponga de alguno o de todos sus órganos?

NO () a) No desea que se mencione en su documento de voluntad anticipada. ()

b) Que se manifieste su negativa para donar cualquiera de sus órganos. ()

SI () c) Sobre la totalidad de sus órganos. ()

d) Sobre algún órgano en específico. ()

4.- ¿Es el primer documento de voluntad anticipada que otorga?

SI () NO ()

5.- Testigos: (solo se requieren dos testigos en los casos en que el testador:

i) No sepa o no pueda firmar

ii) sea sordo

iii) no sepa o no pueda leer

iv) no tenga identificación oficial con fotografía

v) cuando a juicio del notario le sean requeridos

Datos generales de testigo(s):

Nombre: _____

Nacionalidad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____

RFC y CURP: _____

Estado civil: _____