NOTARÍA 10

LUIS ALBERTO CRUZ MANJARREZ LOZA
ACAPULCO, GRO., DISTRITO DE TABARES.

DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Estimado cliente: _____

Le solicitamos nos proporcione la siguiente información así como su identificación oficial (que puede ser credencial para votar, pasaporte o cédula Profesional). En caso de duda favor de externarlas en la entrevista.

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Nacionalidad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Nombre de la madre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Estado civil: Soltero Casado civilmente

Domicilio: _____
(calle) (número) (interior)

_____
(colonia) (alcaldía) (código postal)

Tel. Casa: _____ C. Teléfono celular: _____

Tel. Oficina: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____

CURP: _____

RFC: _____

Indicar si:

a) No sabe o no puede firmar.
b) Es sordo.
c) No sabe o no puede leer.
d) No tiene identificación oficial con fotografía.

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

A. EXTRANJERO:	B.MEXICANO POR NATURALIZACIÓN:	C.MEXICANO HIJO DE EXTRANJEROS:
Documento Migratorio	Carta número:	
no.: Condición de Estancia:	Fecha de carta:	Certificado de Nacionalidad Mexicana número:
No. y fecha de oficio:		Fecha del mismo:
Anexar copia del Documento	Anexar copia de la carta	Anexar copia del Certificado

II.- DISPOSICIONES DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

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

1.- Mi deseo de:

Sí No

Ser sometido a medios, tratamientos o procedimientos médicos que puedan prolongar de manera innecesaria la vida, y sí / no someterme a la aplicación de las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas y al Tratamiento en Cuidados Paliativos y Sedo-analgesia Controlada.

2.- NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Nombre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Nacionalidad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: a. Soltero b. Casado civilmente

Domicilio: _____
(calle) (número) (interior)

_____
(colonia) (delegación) (código postal)

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico (e-mail): _____

Ocupación: _____

CURP: _____

RFC: _____
Indicar si:

a) No sabe o no puede firmar.
b) Es sordo.
c) No sabe o no puede leer.
d) No tiene identificación oficial con fotografía.

3.- NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE SUSTITUTO

En caso de que el representante antes designado no pudiera desempeñar el cargo por excusa, revocación, incapacidad o cualquier otra causa reconocida por la Ley, nombra como representante sustituto a:

Nombre: _____
(Nombres) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Datos de localización:

Domicilio: _____
(calle) (número) (interior)

_____
(colonia) (delegación) (código postal)

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico (e-mail): _____

4.- DONACIÓN DE ÓRGANOS

Deseo manifestar mi intención de 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.

Sí No

¿ES EL PRIMER DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA QUE OTORGA?

Sí No

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