

**SOLICITUD DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

<b>NOMBRE DEL OTORGANTE:</b> _____		
<b>NOMBRE (S)</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
NACIONALIDAD: _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____	
FECHA NACIMIENTO día: _____ mes _____ año _____	OCUPACION: _____	
ESTADO CIVIL: _____	REGIMEN MATRIMONIAL: _____	
DOMICILIO: CALLE Y No: _____		
COLONIA: _____		C.P. _____
ALCALDIA/MUNICIPIO: _____		ESTADO: _____
RFC: _____	CURP: _____	
TELEFONO FIJO: (obligatorio) _____	CELULAR: (obligatorio) _____	
CORREO ELECTRÓNICO: (obligatorio) _____		
PUEDE FIRMAR?:	SABE Y PUEDE LEER Y ESCRIBIR?:	TIENE PROBLEMAS VISUALES?:

**DATOS DE LOS PADRES DEL OTORGANTE**

NOMBRE DEL PADRE: _____	
¿VIVE? _____	NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____	
¿VIVE? _____	NACIONALIDAD: _____

**DATOS DEL REPRESENTANTE**

<b>NOMBRE DEL OTORGANTE:</b> _____		
<b>NOMBRE (S)</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>
NACIONALIDAD: _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____	
FECHA NACIMIENTO día: _____ mes _____ año _____	OCUPACION: _____	
ESTADO CIVIL: _____	REGIMEN MATRIMONIAL: _____	
DOMICILIO: CALLE Y No: _____		
COLONIA: _____		C.P. _____
ALCALDIA/MUNICIPIO: _____		ESTADO: _____
RFC: _____	CURP: _____	
TELEFONO FIJO: (obligatorio) _____	CELULAR: (obligatorio) _____	
CORREO ELECTRÓNICO: (obligatorio) _____		
PARENTESCO CON EL OTORGANTE: _____		
PUEDE FIRMAR?:	SABE Y PUEDE LEER Y ESCRIBIR?:	TIENE PROBLEMAS VISUALES?:

**DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA**

1.- Es su deseo no someterse ni ser sometido a medios, tratamientos y procedimientos que puedan propiciar la Obstinación Médica	SI	NO
2.- Es su deseo realizar la donación de órganos:	SI	NO
3.- Es el primer Documento de Voluntad Anticipada que realiza?	SI	NO
En caso de no ser el primero, adjuntar copia del otorgado anteriormente.		

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo y firma del solicitante

**DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN DEL OTORGANTE Y REPRESENTANTE:**

- 1.- Copia de 2 Identificaciones vigentes de ambos y CURP. PRESENTAR LA IDENTIFICACIÓN ORIGINAL EL DIA DE LA FIRMA.
- 2.- Constancia de Situación Fiscal completa. Obligatorio en caso de requerir factura, únicamente se factura a nombre del otorgante.

REQUIERE FACTURA?

REGIMEN FISCAL AL CUAL SE APLICARA: \_\_\_\_\_

**RECUERDE PROPORCIONAR SU CONSTANCIA DE SITUACION FISCAL VIGENTE Y COMPLETA PARA FACTURACION, EN CASO CONTRARIO SE REALIZARA UNA FACTURA GENERICA**

USO QUE SE DARA A LA FACTURA: \_\_\_\_\_