Yo el señor \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* y que me denominaré en lo sucesivo como el **DECLARANTE,** con la participación del(los) señor(es) \*\*\*\*\*\*\*\*\* quien(es) en lo sucesivo será designado(s) como el(los) **REPRESENTANTE(S)**, con el objeto de que se cumpla con lo establecido en el artículo 76 setenta y seis, de la Ley de Salud del Estado de Jalisco, a efecto de hacer constar mis **DIRECTRICES ANTICIPADAS** de conformidad con las siguientes declaraciones

-------------------------------------------------**MANIFIESTO YO EL DECLARANTE.**

**--- UNICA.-** Que en ejercicio de la facultad que me concede el artículo 75 setenta y cinco, 79 setenta y nueve y demás relativos de la Ley de Salud del Estado de Jalisco; por mi propio derecho, de manera personal y libre, con plena capacidad de ejercicio, en pleno uso de mis facultades mentales y por así convenir a mis intereses comparezco a manifestar mi voluntad a través de las siguiente Directriz Anticipada.

--- Expuesto lo anterior otorgo las siguientes:

**-----------------------------------------------------------DIRECTRIZ ANTICIPADA:**

**--- PRIMERA**.- Que en caso de padecer una situación médica, en la cual los profesionales de la salud hayan determinado que es de carácter terminal, no se prolongue mi vida por medios artificiales y que en todo caso se me provea únicamente de cuidados paliativos.

**-----------------------------------------NOMBRAMIENTO DEL(LA) REPRESENTANTE**

--- **SEGUNDA.-** Designo como mi(mis) Representante(s) para los efectos señalados en el artículo 76 setenta y seis fracción IV cuarta de la Ley de Salud del Estado de Jalisco (al) (a la) Sr(a)\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* y en caso de que no pudiere desempeñar dicho cargo designo como mi Representante sustituto al) ( a la) Sr(a)\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**---------------------------------------------ACEPTACION DEL REPRESENTANTE**

**--- TERCERA.-** De conformidad con el articulo 76 setenta y seis de la Ley Estatal de Salud, (el) (la) Sr(a)\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*,acepta (o) el cargo de representante d(el) de (la)(Sr)(a)\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, en pleno conocimiento de los alcances de la Directriz Anticipada solicitada por **EL DECLARANTE,** y en caso necesario dar seguimiento al cumplimiento de la misma

------------------------------------------------ **REVOCACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LA DIRECTRIZ ANTICIPADA**

**--- CUARTA.-**  La presente Directriz Anticipada puede ser revocada y/o modificada por **EL DECLARANTE,** a través del mismo procedimiento mediante el cual fue otorgada, lo anterior en términos del artículo 77 setenta y siete de la Ley de Salud del Estado de Jalisco..

------------------------------------------------ **EXIMIENTE DE RESPONSABILIDAD**

**--- QUINTA.-**  Todos los involucrados reconocen que se exime de responsabilidad alguna, ya sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien intervenga en su ejecución si llegara el momento de hacer efectiva la presente directriz anticipada y bajo la circunstancia en que esta se lleve a cabo.

--- **SEXTA**.- Queda sujeto al personal médico tratante y/o a la institución donde se suscite mi situación medica que solicite una búsqueda de la directriz anticipada del suscriptor

**----------------------------------------------- REVOCACION**

**--- SEPTIMA.-** También reconocen todos los involucrados en el presente acto, que esta directriz anticipada puede ser revocada mediante “El Formato de Revocación de Directriz Anticipada” o bien ante notario público en cualquier momento a solicitud del suscriptor cumpliendo los requisitos ante la Secretaria de Salud del Estado de Jalisco o ante notario público, quien tienen la obligación de informar esta revocación a la mencionada Secretaria.-

**--------------------------------------------------DECLARACION**

--- Manifiesta el declarante bajo protesta de decir verdad conocer los alcances de la Directriz Anticipada solicitada por quien me designa su representante y en caso necesario dar seguimiento al cumplimiento de la misma.

**------------------------------------------------------ I D E N T I F I C A C I O N**

**--- (El)(La) Sr(a) \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*Declarante**

**--- (El)(La) Sr(a) \*\*\*\*\*\* Representante.**

**-------------------------------------------------------- GENERALES**

**--- (El)(La) Sr(a) \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*Declarante**

**--- (El)(La) Sr(a) \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*Representante**

**--------------------------------------------------------FIRMAS**

**SR\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**DECLARANTE**

HUELLAS DIGITALES:

PULGAR IZQUIERDO PULGAR DERECHO

INDICE IZQUIERDO INDICE DERECHO

**SR\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**REPRESENTANTE**

HUELLAS DIGITALES:

PULGAR IZQUIERDO PULGAR DERECHO

INDICE IZQUIERDO INDICE DERECHO