

**MD Morir Dignamente**

- El derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla.
- Los derechos del ciudadano al final de su vida.
- La muerte asistida para enfermos avanzados que libremente desean liberarse de un sufrimiento que vive como intolerable.

FORMULARIO DE REGISTRO

Datos Personales

Nombre _____ Apellidos _____

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Estado Civil _____

Nacionalidad _____ Residencia _____

Dirección _____

Estado _____ C.P. _____

Municipio _____ País _____

Profesión _____ ☐ Jubilado/a

CURP _____ INE o Pasaporte _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono Domicilio _____

Teléfono Celular _____ / _____

E-mail _____

Datos EmpleoEmpleado Público ☐ Empleado Privado ☐ Independiente ☐ Propietario ☐Otro (especificar) ☐ _____

Puesto que desempeña _____ Fecha de Ingreso _____

Nombre Empresa _____ Actividad económica _____

Dirección _____

Estado _____ C.P. _____

Municipio _____ País _____

Referencias personales (No pariente)

Nombre _____ Apellidos _____

Teléfonos _____ / _____

¿Estado de salud?

☐ Buena☐ Regular☐ Mala☐ Otra _____

¿Cómo nos has conocido?

☐ Internet

☐ Medios de Comunicación

☐ Un/a conocido/a

☐ Otra _____

Anexar a esta solicitud de registro, **un video del interesado**, explicando porque desea que se apruebe su registro. (3 minutos máximo)

Cuotas

Las cuotas por los servicios a realiza, son individuales y terminan cuando el paciente muere.

Cuotas individuales 2026

I. Plan de necesidad inmediata “Morir Dignamente” \$75,000.00

Estamos aquí para acompañarlo y asesorarlo en todo este proceso; Para esos momentos difíciles y de una inesperada alteración de la salud del paciente, te compartimos las siguientes recomendaciones, El primer paso y el más importante es, llamar inmediatamente al número celular que se le otorgo para emergencia, y programar la fecha más próxima disponible para el tratamiento contratado.

II. Plan Previsión “Morir Dignamente” 3 pagos de \$25,000.00 Un Plan de Previsión es una solución integral de tranquilidad para ti y para los tuyos, es una protección contra los crecientes costos de los servicios conforme pasa el tiempo.

Posteriormente, a la aprobación de su registro:

- A) Platica confidencial y privada
- B) Realizar su pago (según lo acordado en platica privada)
- C) Enviar el documento notariado de voluntad anticipada
- D) Enviar contrato de confidencialidad
- E) Enviar copia de su expediente medico
- F) Programar fecha para Examen medico

Solicitante

(Nombre)

Nota: La cuota será de contado (Plan I), 3 primeros meses (Plan II), únicamente por un servicio.

En _____ a _____ de _____ del 2026



PRIVADO



morirdignamente6@gmail.com

www.morir-dignamente6.webenode.es

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Morir Dignamente (MD) morirdignamente6@gmail.com **Finalidad:** Gestionar el alta como interesado en contratar los servicios que ofrece MD y remitir información de interés relacionada por medios electrónicos y telefónicos. **Legitimación:** Ejecución del acuerdo del Formulario de Registro, consentimiento del interesado al tratamiento de datos de salud e interés legítimos en remitirle informaciones confidenciales comerciales de interés para nuestro ámbito. **Cesiones:** Los datos no se cederán a terceros.