

REPRESENTANTE

De acuerdo con el artículo 17.2 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información necesaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura, designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad a, _____, con D.N.I. núm: _____, con domicilio en _____, provincia de _____, calle _____, número _____, y teléfono _____

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda por mí mismo.

- siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.
- Limitaciones específicas:
 - _____
 - _____

Fecha: _____

Firma: _____

Representante alternativo o sustituto:

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. núm: _____, Ciudad: _____

Provincia _____, calle _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Firma: _____

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de _____, en el caso de que éste no pueda expresar sus directrices con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que a mí me afecta.

Nombre y Apellidos del representante:

D.N.I.: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre y Apellidos del representante alternativo:

D.N.I.: _____

Fecha: _____

Firma: _____