

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Deseo designar representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atienda, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad personalmente. Si hubiera duda en la interpretación de mi proyecto vital o de mis valores sobre calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión del mismo. Para ello, designo a:

D/D^a, con DNI¹, nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en
Localidad, Provincia, C.Postal
Teléfono 1:, Teléfono 2:, C. Electrónico:

Dicho representante participará, en caso de duda, en la interpretación de mis deseos, junto al equipo sanitario, siempre que no se contradiga con las instrucciones previas otorgadas por mí en este *Documento*.

Su representación tendrá las siguientes limitaciones (especifíquense, si se desea):

.....
.....
.....

En caso de imposibilidad, fallecimiento o renuncia de mi representante interlocutor, designo como sustituto a:

D/D^a, con DNI¹, nacido el día
de de y, por tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, y
con domicilio en
Localidad, Provincia, C.Postal
Teléfono 1:, Teléfono 2:, C. Electrónico:

DECLARACIÓN SOBRE MI INFORMACIÓN

1. Estoy informado de que en cualquier momento puedo modificar, sustituir o revocar el actual *Documento de Declaración de Instrucciones Previas*.
2. Estoy informado de que, según lo establecido en el Artículo 11 de la Ley 3/2005, los PROFESIONALES SANITARIOS NO PODRÁN APLICAR cualquier instrucción previa contenida en este *Documento* cuando:
 1. Sea contraria al ordenamiento jurídico.
 2. No se ajuste a la *lex artis*, es decir a las buenas prácticas médicas, según el estado de la ciencia en el momento de la aplicación de dichas instrucciones previas.
 3. No se correspondan con el supuesto de hecho, esto es con las situaciones clínicas que he manifestado.
3. Estoy informado de que los datos contenidos en este Documento son confidenciales, y cumplen las medidas recogidas en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. Serán cedidos al Registro de Instrucciones Previas del Sistema Nacional de Salud y a los profesionales u organismos encargados del cumplimiento de las voluntades aquí expresadas.

En, a de de 20

Firma y rúbrica: ²

¹ Los ciudadanos extranjeros deberán indicar el nº de pasaporte o el NIE.

² Este documento deberá ir firmado y rubricado por el otorgante al final y en todas y cada una de sus hojas.