



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR. (FINALIZACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO MÉDICO RESPONSABLE-PACIENTE)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE

D. /Dña.: _____ con
DNI nº _____
Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses: _____
Sexo: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ y CP: _____
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior): _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACION RECIBIDA

- He sido informado/a adecuadamente, de **forma verbal y por escrito**, por el equipo sanitario responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión de **forma voluntaria, libre y consciente**.
- He recibido una copia de la información, en la que se incluye la información que existe actualmente, **sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la Cartera Común de Servicios y a las prestaciones a las que tengo derecho**, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia.

Esta documentación se me ha facilitado en formatos adecuados y adaptados.

- He **formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito**, o por **otro medio que permita dejar constancia** (*Indicar otros medios*):

- Que mi voluntad la ejerzo **con absoluta libertad de decisión y sin presión externa** de cualquier índole.

- El **médico/a responsable** ha **certificado**:

- que **sufro una enfermedad grave e incurable**
- que **sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante**

- El **médico/a consultor** ha **corroborado que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado que puedo elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir:

- ✓ La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. **En este caso el médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.**
- ✓ La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. **En este caso, el médico/a responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.**
- He sido informado de **mi derecho a desistir** en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso una **vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido** por la Comisión de Garantías y Evaluación de mi Comunidad Autónoma.
- He sido informado **que puedo desistir y rechazar el ejercicio de mi derecho en cualquier momento previo a la efectiva realización de la prestación de ayuda a morir.** Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.
- He sido informado sobre **el procedimiento ante la Comisión de Garantías y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido **informado de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantías y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales** de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.
- He sido **informado/a de mi derecho a mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable** para aclarar cualquier duda.
- He sido informado/a **de mi derecho de acompañamiento de persona o personas**, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda a morir.
- He sido informado/a de **mi derecho de aplazar la efectiva realización** de la prestación de ayuda a morir.
- He sido informado/a que la prestación de ayuda a morir se hará con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.



Con toda la previa información:

3.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PARA LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.: _____
EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El/la Médico/a Responsable.

Fecha: _____

4.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE DESISTIR/REVOCAR MI SOLICITUD DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico responsable Dr/Dra: _____EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **REVOCAR MI SOLICITUD** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El/la Médico/a Responsable.

Fecha: _____

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:
e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.

2. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.

5.- OTRAS INSTRUCCIONES QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

En virtud del derecho que se me reconoce en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, es **mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento:**

se puedan utilizar mis **órganos y tejidos para ser trasplantados** a otras personas que los necesiten.

se puedan utilizar mis **órganos y tejidos para investigación**

mi **cuerpo sea donado a la ciencia.**

Otras consideraciones: _____

Firmado: El/la paciente.

Firmado: El/la Médico/a Responsable.

Fecha: _____