



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE EN LA SITUACIÓN CLÍNICA DE INCAPACIDAD DE HECHO DEL PACIENTE (SUPUESTO DE VOLUNTAD EXPRESA EN INSTRUCCIONES PREVIAS, VOLUNTADES ANTICIPADAS O DOCUMENTOS EQUIVALENTES).**

**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. DATOS DEL/LA REPRESENTANTE (INTERLOCUTOR PRINCIPAL):**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto 1: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto 2: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que le designó en Instrucciones Previas representante: \_\_\_\_\_  
Referencia Registro Instrucciones Previas: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**3. MANIFESTACIONES EXPRESAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA:**

- En fecha \_\_\_\_\_ se presentó solicitud de prestación de ayuda a morir a favor de Don/Doña \_\_\_\_\_ en su domicilio/ingresada/interna en el centro/unidad/institución con sede en \_\_\_\_\_, a dicha solicitud acompañé copia de las instrucciones previas de fecha \_\_\_\_\_ inscrita en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad Autónoma de \_\_\_\_\_ (número expediente \_\_\_\_\_). **En dichas instrucciones previas el/la paciente manifiesta expresamente su deseo de ejercer su derecho a la prestación de ayuda para morir si se encontrara clínicamente en alguno de los dos supuestos legalmente regulados por la Ley.**
- Que he sido **informado/a por el médico/a responsable sobre el procedimiento y garantías establecidos por la Ley para aquellos supuestos en los que el paciente se encuentre en situación de incapacidad de hecho.**
- El **médico/a consultor ha corroborado que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.
- Que he sido **informado/a sobre las vías de reclamación ante denegación de la solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir** tanto ante la Comisión de Garantías y Evaluación como ante los órganos judiciales.
- Que he sido **informado/a sobre el Manual de Buenas Prácticas para la correcta puesta en práctica de esta Ley**, y me han facilitado información sobre los recursos web para su lectura en diversos formatos adaptados.

- Se ha **corroborado la situación de incapacidad de hecho y la suscripción con anterioridad del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente** reconocido para consentir la ayuda para morir en los términos dispuestos en el mismo y ajustados a la ley reguladora de la eutanasia.
- La valoración de la **incapacidad de hecho se ha realizado conforme a los protocolos de valoración de la capacidad de hecho determinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** de fecha \_\_\_\_\_
- El **médico/a responsable y otros integrantes del equipo asistencial me han informado sobre las condiciones de realización de la prestación de ayuda a morir**, y de mi derecho de acompañamiento junto a otras personas con vinculación familiar o, de hecho. **Este derecho no puede afectar a la intimidad y respeto del paciente ni afectar a los actos sanitarios y asistenciales** de la realización de la prestación.

Manifiesto que he sido informado por el médico responsable del procedimiento seguido, de las garantías exigidas y las condiciones en las que se realizará la prestación de ayuda para morir.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

---

**Fdo: Representante interlocutor**

---

**Fdo: Médico/a responsable**

**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.*