



**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA RECIBIR LA
PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(Evaluación de la identidad del solicitante, el cumplimiento de los criterios de inclusión y la capacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Se anexa la herramienta de evaluación ACE, como ayuda complementaria a la entrevista que debe realizar el médico responsable. Puede adjuntar informes o solicitarlos a otros profesionales sanitarios, que pueden hacerlos constar por escrito en el modelo 3.2. u otro documento legal)

Yo, _____
colegiado/a nº _____, médico/a responsable del proceso con DNI nº _____
mayor de edad y con lugar de trabajo en _____
_____ C/ _____ N° _____ C.P. _____
Localidad _____ Teléfono/s de contacto _____

EXPONGO QUE,

D/Dª:.....
DNI/NIE/Pasaporte:.....Nacionalidad.....
Fecha de nacimiento/...../ Sexo
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....
Nº.....Piso.....Puerta.....Código postal.....
Localidad.....Provincia.....
Teléfono/s.....

1º) Posee (adjunta documentación).

- La nacionalidad española.
- La residencia legal en España
- Un certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- NO cumple con los requisitos de identidad y residencia establecidos.

2º) Ha formulado la solicitud de prestación de ayuda para morir de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa.

3º) Presenta los presentes diagnósticos y síntomas que motivan la solicitud (*):

(Es importante justificar la solicitud, no solo mencionar la patología que padece, pudiéndose adjuntar informes médicos u otros documentos que colaboren a ello.*

En consecuencia,

- Cumple los requisitos de la enfermedad** para recibir la prestación de ayuda para morir por presentar:
 - Enfermedad que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
 - Padecimiento grave, crónico e imposibilitante que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí mismo, así como la capacidad de expresión y relación, y lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.
- No cumple los requisitos de la enfermedad o padecimiento** para recibir la prestación de ayuda para morir por:

4º) Presenta los siguientes signos/síntomas para valorar la incapacidad de hecho:

Por lo que el/la solicitante,

Para la toma de decisiones Es Capaz No es capaz

Para firmar documentos Es Capaz No es capaz

CERTIFICO QUE LA PERSONA SOLICITANTE

Cumple los requisitos exigidos para iniciar el proceso de prestación de ayuda para morir.

No cumple los requisitos exigidos para iniciar el proceso de prestación de ayuda para morir, **POR LO QUE SE DENIEGA EL CASO (*)**.

(*) Se informa a la persona solicitante que dispone de **15 días naturales** contados a partir de la notificación escrita de esta denegación para presentar, si lo estima conveniente, reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación, quedando enterada y notificada de la misma.

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA 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.

2. ...La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.



ANEXO I del modelo 1.3.
Test ACE de ayuda para la evaluación de la capacidad
(Aid to Capacity Evaluation) adaptada a la prestación de ayuda para morir

Nombre del/la solicitante: _____	
Evaluador/a: _____	
Fecha: _____ Tiempo de realización del test _____	
I. CRITERIOS QUE EVALÚAN LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO	
1. Capaz de comprender el problema médico. PA(*) ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento? PC(*) ¿Tiene Ud. [patología sobre el que se está evaluando la incapacidad de hecho]? Observaciones (*):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
2. Capaz de comprender el procedimiento/tratamiento propuesto PA ¿Cuál es el procedimiento/tratamiento de la prestación de ayuda morir? PC En su situación, ¿Podría recibir/someterse a la prestación de ayuda para morir? Observaciones:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
3. Capaz de comprender alternativas al procedimiento/tratamiento propuesto PA ¿Existe algún otro tratamiento o conducta posible a la prestación de ayuda para morir? PC ¿Podría recibir/someterse a cuidados paliativos u otro tratamiento diferente a la prestación de ayuda para morir [especificar cual]? Observaciones:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
4. Capaz de comprender la opción de rechazar el tratamiento/procedimiento PA ¿Qué ocurriría si Ud. cambiara de opinión y no estuviera de acuerdo con comenzar/continuar con su solicitud de prestación de ayuda para morir? PC ¿Se puede Ud. negar a la prestación de ayuda para morir? Observaciones:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No

II. CRITERIOS QUE EXPLORAN EL RAZONAMIENTO	
<p>5. Consecuencias de aceptar el tratamiento/procedimiento</p> <p>PA .¿Qué le pasará si usted inicia el proceso de prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Entiende que la prestación de ayuda para morir le va a causar la muerte y que pueden surgir problemas durante el proceso?</p> <p>Observaciones:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
<p>6. Las consecuencias de rechazar el tratamiento</p> <p>PA .¿Sabe qué ocurrirá si usted desiste en su solicitud de la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Sabe Ud. que continuará con la enfermedad que padece si desiste de su solicitud de prestación de ayuda para morir?</p> <p>Observaciones:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
III. PATOLOGÍA MENTAL QUE PUEDA AFECTAR LA CAPACIDAD	
<p>(Nunca debe definir incapacidad basándose únicamente en el siguiente apartado. En estos casos se sugiere obtener una evaluación independiente)</p>	
<p>7. Detectar un contexto de depresión</p> <p>PA .¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido solicitar la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Siente que está siendo castigado? .¿Cree Ud. que es una mala persona? ¿Siente que merecería ser usted ser tratado? ¿Tiene Ud. alguna esperanza para el futuro?</p> <p>Observaciones:</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
<p>8. Detectar un estado de psicosis o delirio</p> <p>PA .Puede ayudarme a entender por qué ha decidido solicitar la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? .¿Confía usted en su médico?</p> <p>Observaciones:</p> <p><u>Comentarios</u> (Ej. necesidad de 2ª evaluación, por otro especialista, más información o discusión con el solicitante)</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> No
IV. RESULTADO	
<p>Definitivamente capaz <input type="checkbox"/> Probablemente capaz <input type="checkbox"/></p> <p>Definitivamente incapaz <input type="checkbox"/> Probablemente incapaz <input type="checkbox"/></p> <p><u>Comentarios</u> (Ej. necesidad de 2ª evaluación, por otro especialista, más información o discusión con el solicitante)</p>	

(*) **NOTA:** PA Pregunta Abierta PC Pregunta cerrada. Es recomendable anotar las observaciones que sustentan la puntuación asignada a cada pregunta, incluidas las respuestas exactas del paciente.

Anexo: Instrumento de Ayuda para la Evaluación de la Capacidad (Aid To Capacity Evaluation (ACE), (adaptada a la prestación de ayuda para morir por Jiménez González, J. y cols.) *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 2012, vol.15, n.º1, disponible en URL: www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf