



**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: \_\_\_\_\_