



Nº. Expte.

MODELO 7

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

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

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 INFORMACIÓN 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
 - que actúo de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita.
- He sido informado de que un médico/a consultor/a me examinará y corroborará que se dan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.
- 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.
 - Informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.
- De las dos modalidades posibles, de las cuales he sido informado/a previamente, escojo la siguiente:
 - La **administración directa de una sustancia** por parte de un profesional sanitario competente.
 - 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 el caso de elección de la autoadministración por vía oral:
 - Si existiera alguna complicación durante la autoadministración oral, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa....
 - Si el tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento letal y mi fallecimiento se prolongara más allá de lo esperado, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa
- 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 Garantía 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 Garantía 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 Garantía 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 sobre el procedimiento de consulta al/la médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía 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/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 para 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 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 Responsable.

Fecha:

FIRMA POR OTRA PERSONA (si existe imposibilidad de firmar por el solicitante)	
Yo,	, DNI nº
DECLARO	
Que	no se encuentra en condiciones
de firmar el presente documento, por las siguientes razones:	
Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento	
En	de 20
	, a de
FIRMA	

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 Responsable de la prestación.

Fecha:

FIRMA POR OTRA PERSONA (si existe imposibilidad de firmar por el solicitante)

Yo, _____, DNI nº _____

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a _____ de _____ de 20____

FIRMA