

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR

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

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE

D/D^a _____ DNI/NIE _____,
con domicilio en C/ _____ Localidad _____
Código postal _____ Teléfono/s _____ 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 incapacitante**
- 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 **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 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 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.

En _____, a ____ de _____ de 2021

Firmado: El/la paciente

Firmado: El/la médico responsable

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.

En _____, a ____ de _____ de 2021

Firmado: El/la paciente

Firmado: El/la médico responsable

5.- ES MI DESEO QUE SE INFORME DE ESTA VOLUNTAD A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____