

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA RECIBIR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR

FORMULARIO DE 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. /Dña.: _____ con

DNI n.º _____

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

1. He sido informado/a adecuadamente, de **forma verbal y por escrito**, por el médico responsable, sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, para poder tomar una decisión de **forma voluntaria, libre y consciente**.
2. 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**.
3. He **formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito**, o por **otro medio que permita dejar**, en tiempo y forma según establece la ley.
4. Que mi voluntad la ejerzo **con absoluta libertad de decisión y sin presión externa** de cualquier índole, que mi decisión se mantiene tras reiterar mi voluntad al médico responsable con plena, total y amplia información.
5. El **médico responsable** ha **certificado**:
 - a. que **sufró una enfermedad grave e incurable**
 - b. que **sufró un padecimiento grave, crónico e incapacitante**
6. 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 responsable, así como el resto de los 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 responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.**

7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.
12. He sido informado **de mi derecho de acompañamiento de persona o personas**, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda a morir.
13. He sido informado 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.**

- Así mismo, de entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir elijo:
 - 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.
- 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: _____