

COMUNICACIÓN MÉDICA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Médico/a responsable

Número de identificación (nº colegiado o equivalente)

Centro de trabajo

Especialidad

Correo electrónico institucional

Teléfono de contacto

Nombre y apellidos del/la Solicitante Prestación ayuda para morir

..... con DNI/NIE.....

ANTECEDENTES

Presentada 1ª Solicitud con fecha.....

Presentada 2ª Solicitud con fecha.....

Documento previo de Instrucciones Previas o similar con fecha

Realizado proceso deliberativo con fecha

Manifestada la decisión del/la paciente de:

☐ Continuar (fecha)

☐ Desistir (fecha)

Firmado consentimiento informado con fecha

Informe médico/a consultor/a con fecha

☐ Favorable.

☐ Desfavorable.

En, a de de 202....

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

(En reverso puede consultar la información sobre protección de datos y documentación a adjuntar)

Información sobre protección de datos de carácter personal

Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. El responsable del tratamiento de datos es la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid.

En todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento de Datos, con domicilio en C/ Melchor Fernández Almagro, 1. 28029 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

protecciondedatos.sanidad@madrid.org

Además, en caso de disconformidad con el tratamiento de los datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos mediante escrito (C/ Jorge Juan, 6, 28001-Madrid) o formulario en su Sede electrónica: <https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/>

Nota: Con este documento de Comunicación a la Comisión, se debe adjuntar toda la documentación que exista en relación al procedimiento vinculado a la solicitud de la prestación de ayuda para morir:

- Primera solicitud
- Segunda solicitud
- Informe médico escrito, entregado al paciente
- Dictamen del médico responsable
- Informe de deliberación
- Consentimiento informado
- Informe del médico consultor
- Informe de denegación, si procede
- Cualquier otro documento de interés para evaluar el procedimiento.