

**DOCUMENTO SEGUNDO**

*(Artc 12.b) Comunicación a la comisión de garantía y evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir)*

- 1º. **Sexo paciente** ..... Fecha de nacimiento...../...../..... Edad .....
- 2º. **Fecha de la muerte** ...../...../..... **lugar de la muerte** .....
- 3º. **Presentada 1ª Solicitud con fecha** ...../...../.....  
**Presentada 2ª Solicitud con fecha** ...../...../.....
- 4º. **Descripción de la patología padecida (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante):** .....
5. **Naturaleza de sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría:** .....
6. **Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa:** .....
7. **Documento de instrucciones previas o equivalente (adjuntar documento anonimizado):**  
 Documento de Instrucciones Previas  
 Equivalente
8. **Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir:** .....
9. **Capacitación de los/las médicos consultores y fechas de las consultas:** .....

En....., a..... de..... de 202....

FIRMA MÉDICO RESPONSABLE

(Puede consultar la información sobre protección de datos al reverso de este documento)

### **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](mailto: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/>