



# INFORME DEL MÉDICO RESPONSABLE PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Guardar en la historia clínica y remitir una copia para la Comisión de Garantía y Evaluación)

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

**Médico/a:** .....

**Nº colegiado:** .....

**Al objeto de que el paciente:** .....

**con DNI/NIE:** ....., pueda solicitar la prestación de ayuda para morir, se le informa sobre:

- **Proceso médico<sup>1</sup>** .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

- **Alternativas/posibilidades de actuación (incluido cuidados paliativos):**
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

- **Otra información:**
- .....
- .....
- .....

Tras estudiar la historia clínica y examinado el paciente, **CONCLUYO** que:

- Cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.**
- No cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.**

Contra esta resolución puede interponer reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma, en el término máximo de quince días naturales a contar desde la notificación de la resolución, según lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE  
Fdo.: (Nombre y apellidos)

<sup>1</sup> Este apartado debe incluir la información recogida en el informe clínico del paciente:

- Resumen de la Historia Clínica y Exploración
- Resumen de la asistencia prestada, incluyendo las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución
- Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
- Procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos significativos
- Resumen de acciones terapéuticas emprendidas

#### **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, con domicilio en Paseo de la Castellana 280, 28046 Madrid, ante el que podrá revocar en todo momento 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, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

El 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.  
[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.