



DOCUMENTO SEGUNDO (Artc 12.b) Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

1. Sexo paciente ..... Fecha de nacimiento...../...../..... Edad .....

2. Fecha de la PAM ...../...../.....

Lugar de la PAM: [ ] Domicilio [ ] Hospital Público [ ] Centro Sociosanitario [ ] Hospital Privado

3. Presentada 1ª Solicitud con fecha ...../...../.....

Presentada 2ª Solicitud con fecha ...../...../.....

4. Descripción de la patología padecida (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante): .....

5. Naturaleza del 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):

- [ ] Documento de Instrucciones Previas [ ] Documento legal equivalente

8. Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la prestación de la ayuda para morir: .....

Modalidad:  Administración por personal sanitario, vía intravenosa

Autoadministrado  El propio paciente vía oral

El paciente abre la llave de la bomba de infusión

Especificar fármacos y dosis utilizadas:

.....  
.....  
.....

9. Especialidad del/la Médico Consultor y fechas de las consultas:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Fdo.: (Nombre y apellidos)

**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.