



**DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO  
(DENEGACIÓN/ REVOCACIÓN/ FALLECIMIENTO)**

(Remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, con la información disponible del caso y Documento Primero)  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

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

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

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

Tiempo transcurrido entre la 1ª y 2ª solicitud: ..... Días

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

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

4. Naturaleza de sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría: .....

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

5. Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa: .....

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

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

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

7. Datos clínicos relevantes para la evaluación del caso: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

8.- Motivo por el que no se realizó la prestación:

- Revocación del paciente con fecha .....
- Fallecimiento durante la tramitación de la prestación, con fecha .....
- Denegación de la prestación de ayuda para morir por:
  - Médico Responsable
  - Médico Consultor
  - Comisión de Garantía y Evaluación

.....  
.....

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.