

LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de Marzo, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

PROCEDIMIENTO



ÍNDICE

1.	JUSTIFICACIÓN	3
2.	FIRMA DE LA PRIMERA SOLICITUD	4
3.	TRAMITACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD	4
3.1	Denegación de la ayuda para morir tras la recepción de la primera solicitud	6
4.	TRAMITACIÓN DE LA SEGUNDA SOLICITUD	6
5.	CONFIRMACIÓN DE LA DECISIÓN Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	7
6.	SOLICITUD DE MÉDICO/A CONSULTOR/A	7
7.	EL/LA MÉDICO/A CONSULTOR/A	8
8.	CONTINUACIÓN DEL PROCESO TRAS EL INFORME DEL MÉDICO/A CONSULTOR/A	8
9.	VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.	9
10.	REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.	9
11.	COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN.....	10
12.	ANEXOS.....	11
12.1	Procedimiento resumido para el/la Médico/a Responsable	11
12.2	Procedimiento resumido para el/la Médico/a Consultor/a	15
12.3	Contacto con la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.....	16
12.4	Requisitos del/de la paciente para recibir la prestación.....	16
12.5	Requisitos de la solicitud	17
12.6	Modelos de documentación	17
12.6.1	Modelos a descargar por el/la paciente o representante interlocutor/a en Astursalud o en Sede Electrónica del Principado y presentar firmados por registro.	17
12.6.2	Modelos a cumplimentar en la Historia Clínica del/ de la paciente que requieren entrega de copia al mismo para firma y posterior digitalización.....	18
12.6.3	Modelos a cumplimentar en la Historia Clínica del/ de la paciente que requieren entrega de copia al mismo.	18
12.6.4	Modelos que sólo requieren cumplimentación en la Historia Clínica del/ de la paciente.	18

1. JUSTIFICACIÓN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia introduce, en nuestro ordenamiento jurídico, un nuevo derecho individual como es la eutanasia, definida esta como *“la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”*.

A lo largo de su articulado, la Ley expresa los requisitos necesarios para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir, las condiciones para su ejercicio, así como, el procedimiento que se debe seguir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación.

La legalización y regulación de la eutanasia se asienta sobre la compatibilidad de unos principios esenciales recogidos en la Constitución Española como son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral y de otro, la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

2. FIRMA DE LA PRIMERA SOLICITUD

- La tramitación de la solicitud de ayuda para morir requiere la presentación, por parte del/de la paciente y a través del registro, de dos solicitudes (**MODELO 1 y MODELO 7**) firmadas con una separación **mínima de 15 días naturales** entre ambas.
- Ambos modelos de solicitud podrán ser descargados de la página de Astursalud (Ciudadanía → Trámites y Prestaciones Sanitarias → “PROCESO AL FINAL DE LA VIDA”) así como en la Sede Electrónica del Principado de Asturias (www.asturias.es).
- Dichas solicitudes deberán ir firmadas, además, por un profesional sanitario (médico/a o enfermero/a). Esta firma sólo tiene valor a efectos de certificar que la persona solicitante o su representante interlocutor/a (en los supuestos recogidos a tal efecto ⁽¹⁾) es quien inicia los trámites de la solicitud de la prestación de ayuda para morir.
- Ante una **situación de incapacidad** del/de la paciente y la ausencia de representante interlocutor/a, existe la posibilidad de que sea el/la médico/a encargado/a de su asistencia, quién presente dicha solicitud. En este caso, se cumplimentará el **MODELO 1.1**.
- El **MODELO 1.1** podrá ser descargado a través de la página de Astursalud (Profesionales → Práctica Clínica → “PROCESO AL FINAL DE LA VIDA”)

⁽¹⁾ “En caso de que el/la paciente no se encuentre en pleno uso de sus facultades ni pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y conscientemente y posea un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento legal equivalente donde conste la existencia de dicho/a representante”.

3. TRAMITACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD

- Será la Comisión de Dirección del Área Sanitaria correspondiente, quien asigne a un/a profesional facultativo/a como Médico/a Responsable ⁽²⁾, debiendo informar al mismo, a la mayor brevedad posible, de la existencia de la solicitud para la prestación de ayuda para morir.
- Tras recibir la comunicación de haber sido asignado como Médico/a Responsable y la solicitud efectuada por el/la paciente o representante interlocutor/a, éste dispondrá de **un máximo de 2 días naturales** para concertar cita con el/la paciente o representante interlocutor/a e iniciar así el proceso deliberativo.
- En esta fase el/la Médico/a Responsable deberá:

➤ En el caso de **incapacidad del/de la paciente**:

- ✓ Comprobar si existe documento de instrucciones previas o equivalente. La existencia del mismo es **condición indispensable** para poder continuar con el proceso en aquellos casos en los que dicha situación de incapacidad esté presente.
- ✓ Cumplimentar el Certificado de la situación de incapacidad (**MODELO 3**) en Historia Clínica conforme a los protocolos de actuación que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Además, y si así lo estimase oportuno, podrá solicitar una interconsulta con otro/a profesional sanitario/a a fin de corroborar dicha situación de incapacidad.

➤ En el caso de que **el/la paciente esté capacitado/a para solicitar libre y voluntariamente la prestación**:

- ✓ Comprobar si existe documento de instrucciones previas o equivalente.
- ✓ Recabar la información relativa a las alternativas existentes (posibilidades terapéuticas, cuidados paliativos, medidas de soportesocial...).
- ✓ Informar y entregar a el/la paciente el **CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO (MODELO 2)** para su lectura y posterior firma.
- ✓ Entregar al/la paciente, **en un plazo máximo de 5 días naturales**, un informe donde conste por escrito toda la información transmitida en este primer proceso deliberativo y la verificación del cumplimiento, por parte del mismo, de los requisitos necesarios para recibir la prestación de ayuda para morir. Para ello se cumplimentará el **MODELO 4** de documentación en la Historia Clínica del/ de la paciente.

(2) *“Facultativo/a que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del/de la paciente, con el carácter de interlocutor/a principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”*

3.1 Denegación de la ayuda para morir tras la recepción de la primera solicitud

Si tras esta primera deliberación, el/la Médico/a Responsable considera que debe ser denegada la prestación de ayuda para morir:

- En el **plazo máximo de 10 días naturales desde la primera solicitud**, se realizará un informe desfavorable a la prestación de ayuda para morir, cumplimentando el **MODELO 5**, que se entregará al/la paciente o representante interlocutor/a.
- En este mismo acto, se le informará de la posibilidad que tiene de poder presentar, **en el plazo de 15 días naturales**, una reclamación por registro (**Reclamación 1**), dirigida a la Comisión de Garantía y Evaluación. Dicho anexo podrá ser descargado de la página de Astursalud (Ciudadanía→ Trámites y Prestaciones Sanitarias→” PROCESO AL FINAL DE LA VIDA”) así como en la Sede Electrónica del Principado de Asturias (www.asturias.es).
- Cumplimentar el **MODELO 6** en la Historia Clínica del/de la paciente, para lo que se dispone de un **plazo máximo de 5 días contados desde la comunicación de la denegación a el/la paciente** o representante interlocutor/a.

4. TRAMITACIÓN DE LA SEGUNDA SOLICITUD

(No necesario en el caso de pacientes incapacitados)

1. El/la paciente cursará una SEGUNDA SOLICITUD (**MODELO 7**) siguiendo los mismos pasos requeridos para la presentación de la primera. Entre esta segunda solicitud y la primera deben transcurrir **al menos 15 días naturales**. En este caso será el/la Médico/a Responsable el/la encargado/a de firmar la solicitud junto con el/la paciente.
- El **MODELO 7** de solicitud, podrá ser descargado de la página de Astursalud (Ciudadanía → Trámites y Prestaciones Sanitarias →” PROCESO AL FINAL DE LA VIDA”) así como en la Sede Electrónica del Principado de Asturias (www.asturias.es).
2. El/la Médico/a Responsable, **en el plazo de 2 días naturales**, retomará con el/la paciente el proceso deliberativo por si hubiera alguna duda o necesidad de ampliación de información. Será en este momento cuando el/la paciente entregue a el/la Médico/a Responsable el **CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO (MODELO 2)** firmado.
3. Se dispondrá de **un plazo máximo de 5 días** para la resolución de dudas y/o ampliación de información, durante los cuales:
 - Se informará y entregará al/la paciente el **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (MODELO 10)** para su lectura.
 - El/la Médico/a Responsable deberá cumplimentar el **MODELO 8** en la Historia Clínica del/de la paciente.

5. CONFIRMACIÓN DE LA DECISIÓN Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

(No necesario en el caso de pacientes incapacitados/as)

Una vez transcurridas **24 horas de la finalización del paso previo**, el/la Médico/a Responsable, citará al/la paciente para que éste **confirme su decisión de continuar o desistir** en la solicitud de la prestación de ayuda para morir. Se cumplimentará el **MODELO 9** que deberá ser firmado por el/la paciente.

➤ **En caso de que el/la paciente decida continuar**, el/la Médico/a Responsable:

- Deberá comunicar esta circunstancia al Equipo Asistencial ⁽³⁾ y, en el caso que el/la paciente lo solicite, a la familia o allegados/as que este determine.
- Solicitará la firma del **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (MODELO 10)**.

➤ **En caso de que el/la paciente desista continuar con el proceso de solicitud**

El/la Médico/a Responsable deberá notificar esta circunstancia a su Equipo Asistencial y a la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria (DGCHAS) a través de correo electrónico (dgcuidados@asturias.org) y/o llamada telefónica (**985668534.Ext 18534**).

⁽³⁾ “Profesionales que, junto a el/la Médico/a Responsable, llevarán a cabo el proceso de la ayuda para morir (profesionales de enfermería, otro tipo de profesionales...)”.

6. SOLICITUD DE MÉDICO/A CONSULTOR/A

Una vez el/la paciente ha consentido continuar con la prestación y dejado constancia por escrito, el/la Médico/a Responsable enviará una solicitud de asignación de Médico/a Consultor/a ⁽⁴⁾ a la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria (DGCHAS) a través de correo electrónico (dgcuidados@asturias.org) y/o llamada telefónica (**985668534. Ext: 18534**). La DGCHAS informará a la Dirección Asistencial del Área correspondiente para que la Comisión de Dirección, asigne la figura de Médico/a Consultor/a.

El/la Médico/a Responsable podrá manifestar su preferencia en cuanto a la especialidad médica que considere más adecuada para asumir el papel de Médico/a Consultor/a en cada caso.

⁽⁴⁾ “Facultativo/a con formación en el ámbito de las patologías que padece el/la paciente y que no pertenece al mismo equipo del/ de la Médico/a Responsable”

7. EL/LA MÉDICO/A CONSULTOR/A

La Comisión de Dirección del Área Sanitaria correspondiente asignará el/la facultativo/a que asumirá la función de Médico/a Consultor/a, debiendo informar a el/la mismo/a de su asignación a la mayor brevedad posible.

El/la Médico/a Consultor/a, **dispondrá de un plazo máximo de 10 días naturales** desde la fecha de la segunda solicitud, para:

- Estudiar la Historia Clínica del/de la paciente.
- Examinar al/la paciente.
- Corroborar que el/la paciente cumple los requisitos para recibir la prestación (Anexos 12.2 y 12.3 de este documento).
- Redactar un informe (**MODELO 11**) con sus conclusiones, que quedará registrado en la Historia Clínica del/de la paciente.
- Una vez elaborado el informe, el/la Médico/a Consultor/a, informará de su existencia al/la Médico/a Responsable, para que sea este último quien lo ponga en conocimiento del/la paciente o su representante interlocutor/a en un **plazo máximo de 24 horas**.

8. CONTINUACIÓN DEL PROCESO TRAS EL INFORME DEL MÉDICO/A CONSULTOR/A

En caso de informe favorable del/de la Médico/a Consultor/a (MODELO 11) y **ANTES** de la realización de la prestación de ayuda para morir, el/la Médico/a Responsable dispondrá de un **plazo máximo de tres días hábiles para cumplimentar el (MODELO 12)** con el que solicitar la verificación de la Comisión de Garantía y Evaluación.

En caso de informe desfavorable del/de la Médico/a Consultor/a ^(*). (MODELO 11):

- Entregar al/la paciente o representante interlocutor/a copia impresa del **MODELO 11**.
- El/la paciente o su representante interlocutor/a podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación, **en el plazo de 15 días naturales**, presentando a través del registro, el modelo de **Reclamación 2**. Este modelo, se encuentra disponible en la página web de Astursalud (Ciudadanía→ Trámites y Prestaciones Sanitarias→” PROCESO AL FINAL DE LA VIDA”) así como en la Sede Electrónica del Principado de Asturias (www.asturias.es).

- Cumplimentar el **MODELO 6** en la Historia Clínica del/de la paciente, para lo que se dispone de un **plazo máximo de 5 días** contados desde la comunicación de la denegación a el/la paciente o representante interlocutor/a.

() En esta circunstancia es necesario señalar que la decisión del/de la Médico/a Responsable ha sido tomada con anterioridad a esta fase y necesariamente en sentido favorable, ya que en caso de decisión desfavorable del/de la Médico/a Responsable la decisión en cuanto a la continuación del proceso de ayuda para morir recaería directamente sobre la Comisión de Garantía y Evaluación.*

9. VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.

El/la Presidente/a de la Comisión designará, en un **plazo máximo de 2 días**, a 2 miembros de la misma (1 profesional médico/a y 1 profesional jurista) para que verifiquen si el/la paciente cumple los requisitos y condiciones necesarias para recibir la prestación de ayuda para morir.

Estos, médico/a y jurista, emitirán un informe en el **plazo máximo de 7 días**:

- **SI EL INFORME ES FAVORABLE (MODELO 13)** (ambos miembros deben estar de acuerdo): servirá como resolución a los efectos de realización de la prestación. Se pondrá en conocimiento del/de la Médico/a Responsable para que traslade al/la paciente o representante interlocutor/a dicho resultado y pueda iniciarse la prestación de ayuda para morir.
- **SI EL INFORME ES DESFAVORABLE (MODELO 13)** (ambos miembros deben estar de acuerdo): se pondrá en conocimiento del/ de la Médico/a Responsable para que traslade al/la paciente o representante interlocutor/a dicho resultado y le informe de la posibilidad de iniciar un Recurso Contencioso - Administrativo.
- **SI NO EXISTE CONSENSO ENTRE AMBOS PROFESIONALES**: se elevará al Pleno de la Comisión para que sea éste quien realice la verificación.

10. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

- Comunicación de verificación favorable por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.
- Se llevará a cabo según los protocolos establecidos a tal efecto.
- El Equipo Sanitario asignado acompañará a el/la paciente en todo momento y será el/la Médico/a Responsable quien firme el Certificado de defunción.

- Según la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, la muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir **tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos.**

11. COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN.

El/la Médico/a Responsable dispone de un plazo máximo de **5 días hábiles, tras la realización de la ayuda para morir**, para cumplimentar el **MODELO 14** que consta de dos tipos de documentos denominados, **DOCUMENTO PRIMERO Y DOCUMENTO SEGUNDO**, que serán valorados por la Comisión de Garantía y Evaluación.

El DOCUMENTO PRIMERO contendrá la siguiente información:

- Del/de la solicitante de la prestación de ayuda para morir (en caso de que haya sido el mismo quien presentó la solicitud de la prestación de ayuda para morir):
 - Nombre completo
 - DNI
 - Domicilio
- Del/ de la Médico/a Responsable :
 - Nombre completo
 - Centro Asistencial
 - Número de identificación profesional (número de colegiado/a o equivalente)
- Del/de la Médico/a Consultor/a:
 - Nombre completo
 - Centro Asistencial
 - Número de identificación profesional (número de colegiado/a o equivalente)
- En el caso de que haya necesitado la asistencia de otra persona para presentar la solicitud por encontrarse en una situación de incapacidad de hecho:
 - Si la persona que presenta el documento es la misma que aparece como representante interlocutor en el Documento de Instrucciones Previas o equivalente: nombre completo y DNI del representante interlocutor/a.
 - Si la persona que presenta el documento **NO** es la misma que aparece como representante interlocutor/a en el Documento de Instrucciones Previas o equivalente: nombre completo y DNI de la persona que presentó la solicitud en el lugar del/ de la paciente.
- Deberá ir firmado por el/la Médico/a Responsable.

El DOCUMENTO SEGUNDO, que será **ANÓNIMO**, contendrá la siguiente información:

- Sexo y edad del/ de la solicitante.
- Fecha y lugar de la muerte.
- Tiempo transcurrido entre la primera y la última petición hasta la muerte.
- Descripción de la patología padecida por la persona solicitante.
- Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido.
- Razones por las que se considera que no tenía perspectiva de mejoría.

- Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición.
- Información sobre la ausencia de presión externa.
- Existencia de documento de instrucciones previas o equivalente.
- Procedimiento seguido por el/la Médico/a Responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.
- Capacitación de los/as Médicos/as Consultores y fechas de las consultas.

12. ANEXOS

12.1 Procedimiento resumido para el/la Médico/a Responsable

SI EL/LA PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO/A PARA SOLICITAR LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

1. TRAMITACIÓN PRIMERA SOLICITUD

En 2 días naturales máximo tras recepción primera solicitud:

1. Comprobar si existe documento de instrucciones previas o documento equivalente. Es **condición indispensable** la existencia del mismo, para poder continuar con el proceso, en los casos en los que esté presente una situación de incapacidad.
2. Citar a el/la representante interlocutor/a del/de la paciente.
3. Cumplimentar el **MODELO 3** conforme a los protocolos de actuación que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sería posible solicitar una interconsulta con otro/a profesional sanitario/a a fin de corroborar dicha situación de incapacidad.

SI DENEGACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD

- Realizar un **informe desfavorable (MODELO 5)** y entregarlo a el/la representante interlocutor/a del/de la paciente.
- Informar a el/la representante interlocutor/a de la posibilidad de reclamar, **en el plazo máximo de 15 días naturales**, ante la Comisión de Garantía y Evaluación (**Reclamación 1**).
- En un **plazo máximo de 5 días**, contados desde la comunicación de la denegación a el/la representante interlocutor/a del/de la paciente, cumplimentar el **MODELO 6**.

2. VALORACIÓN DEL MÉDICO/A CONSULTOR/A

1. **Solicitar**, a través de correo electrónico (dgcuidados@asturias.org) y/o llamada telefónica (**985668534. Ext: 18534**), la asignación de **Médico/a Consultor/a** pudiendo sugerir la especialidad del mismo.
2. **En un plazo máximo de 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud** se recibirá el informe del Médico/a Consultor/a (**MODELO 11**).
3. En un **plazo máximo de 24 horas desde la recepción del MODELO 11**, citar a el/la representante interlocutor/a asignado/a por el/la paciente, para comunicar el resultado del informe del Médico/a Consultor/a.
 - ✓ Si es favorable:
En el plazo máximo de 3 días hábiles, cumplimentar el **MODELO 12** en la Historia Clínica del/de la paciente.
 - ✓ Si es desfavorable:
 - Entregar a el/la representante interlocutor/a copia del **MODELO 11**.
 - Informar al representante interlocutor/a de la posibilidad de **reclamar** ante la Comisión de Garantía y Evaluación, en un **plazo máximo de 15 días naturales**, utilizando el modelo de documentación correspondiente (**Reclamación 2**).
 - **En un plazo máximo de 5 días** contados desde la comunicación de la denegación a el/la representante interlocutor/a, cumplimentar el **MODELO 6** en la Historia Clínica.

3. VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.

El/la Médico/a Responsable recibirá el informe de las conclusiones de la Comisión de Garantía y Evaluación:

- **Si favorable:**
 - Realización de la prestación.
- **Si desfavorable:**
 - Informar al representante interlocutor/a de la posibilidad de iniciar recurso Contencioso – Administrativo.

4. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Comunicación de verificación favorable por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.
2. Seguir protocolo establecido.
3. Firma Certificado de defunción.

5. TRAS REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN

En un plazo máximo de 5 días hábiles tras la realización prestación cumplimentar el **MODELO 14**.

SI EL/LA PACIENTE ESTÁ CAPACITADO/A PARA SOLICITAR LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

1. TRAMITACIÓN PRIMERA SOLICITUD

En 2 días naturales máximo tras la recepción de la primera solicitud:

1. Citar a el/la paciente e iniciar la deliberación.
2. Comprobar la existencia de documento de instrucciones previas o equivalente.
3. Recabar la información relativa a las alternativas existentes (posibilidades terapéuticas, cuidados paliativos, medidas de soporte social...).
4. Entregar a el/la paciente el **CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO (MODELO 2)**.
5. Cumplimentar, **en un plazo máximo de 5 días naturales**, el **MODELO 4** y entregarlo a el/la paciente.

SI DENEGACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD

- Realizar un **informe desfavorable (MODELO 5)** y entregarlo a el/la paciente.
- Informar a el/la paciente de la posibilidad de reclamar **en el plazo máximo de 15 días naturales** ante la Comisión de Garantía y Evaluación (**Reclamación 1**).
- En un **plazo máximo de 5 días**, contados desde la comunicación de la denegación al/la paciente, cumplimentar el **MODELO 6**.

2. TRAMITACIÓN DE LA SEGUNDA SOLICITUD

1. **En un plazo mínimo de 15 días naturales desde la primera solicitud:**
 - El/la Médico/a Responsable firmará la **SEGUNDA SOLICITUD (MODELO 7)** junto con el/la paciente.
2. **En un plazo máximo de 2 días naturales:**
 - Retomar el proceso deliberativo con el/la paciente.

- Recepción del **CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO (MODELO 2)** firmado por el/la paciente.
 - Entrega del **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (MODELO 10)**
 - Se dispone de un **máximo de 5 días naturales**, desde la cita con el/la paciente, para la resolución de dudas y/o ampliar información y cumplimentar el **MODELO 8**.
3. **A las 24 horas del último día estipulado para la resolución de dudas:**
Citar al paciente para que comunique si decide continuar o desistir (**MODELO 9**). Dicho modelo debe ser firmado por el/la paciente.
- ✓ Continúa:
 - Firma del **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (MODELO 10)**
 - Notificar al Equipo Asistencial.
 - Notificar a la familia o allegados/as (si el/la paciente así lo desea).
 - ✓ Desiste: Notificar la decisión al Equipo Asistencial y a la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria (DGCHAS) a través de correo electrónico (dgcuidados@asturias.org) y/o llamada telefónica (**985668534.Ext 18534**).

3. VALORACIÓN MÉDICO/A CONSULTOR/A

1. Solicitar, a través de correo electrónico (dgcuidados@asturias.org) y/o llamada telefónica (**985668534. Ext:18534**), asignación de Médico/a Consultor/a.
2. **En 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud** se recibirá el informe (**MODELO 11**) del Médico/a Consultor/a.
3. **En plazo máximo de 24 horas desde la recepción:**
Citar a el/la paciente o representante interlocutor/a para comunicar resultado del informe
 - ✓ Si es favorable:
En el plazo máximo de 3 días hábiles, cumplimentar el **MODELO 12** en la Historia Clínica del/de la paciente.
 - ✓ Si es desfavorable:
 - Entregar a el/la paciente copia impresa del **MODELO 11**
 - En un **plazo máximo de 5 días** contados desde la comunicación de la denegación a el/la paciente o representante interlocutor/a cumplimentar el **MODELO 6**.

- Informar a el/la paciente de la posibilidad de reclamar, en **un plazo de 15 días naturales**, utilizando el modelo de documentación correspondiente (**Reclamación 2**).

4. VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.

El/la Médico/a Responsable recibirá el informe de las conclusiones de la Comisión de Garantía y Evaluación:

En 10 días naturales desde la segunda solicitud debe:

- Si favorable:
 - Realización de la prestación.
- Si desfavorable:
 - Informar al representante interlocutor/a de la posibilidad de iniciar recurso Contencioso-Administrativo.

5. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Comunicación de verificación favorable por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.
2. Seguir el protocolo establecido.
3. Firmar el Certificado de defunción.

6. TRAS REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN

En un plazo máximo de 5 días hábiles tras la realización de la prestación, cumplimentar el **MODELO 14**.

12.2 Procedimiento resumido para el/la Médico/a Consultor/a

Seguirá el mismo procedimiento independientemente de la existencia o no de una situación de incapacidad en el/la paciente

En 10 días naturales desde la segunda solicitud debe:

- Estudiar la historia clínica del/de la paciente.
- Examinar a el/la paciente.
- Corroborar que el/la paciente cumple los requisitos para recibir la prestación.
- Redactar un informe con sus conclusiones cumplimentando el **MODELO 11**.

12.3 Contacto con la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria

EMAIL: dgcuidados@asturias.org

TELÉFONO: 985668534.

EXTENSIÓN: 18534

12.4 Requisitos del/de la paciente para recibir la prestación

- **Mayoría de edad.**
- **Ser capaz y consciente** en el momento de la solicitud.
- **Nacionalidad española** o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses.
- **Disponer por escrito de la siguiente información:**
 - ✓ Información sobre su proceso médico.
 - ✓ Alternativas y posibilidades de actuación.
 - ✓ Posibilidad de acceder a los cuidados paliativos incorporados en la cartera común de servicios.
 - ✓ Prestaciones a las que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- **Formular dos solicitudes, de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión externa**, bien por escrito o por otro medio que permita dejar constancia, con un **intervalo de 15 días naturales entre ambas** (dicho intervalo puede acortarse si el/la Médico/a Responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona para otorgar el consentimiento es inminente dejando constancia en la Historia Clínica Electrónica).
- **Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave**, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley.
- **Prestar consentimiento informado previamente** a recibir la prestación de ayuda para morir.
- **En caso de que el/la paciente no se encuentre en pleno uso de sus facultades** ni pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y conscientemente, pero posea un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido, se podrá facilitar la prestación de

ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. Será el/la Médico/a Responsable quien valore dicha incapacidad conforme a los protocolos de actuación que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Si hay nombrado representante en ese documento, será este quien actúe como interlocutor válido para el Médico/a Responsable.

12.5 Requisitos de la solicitud

- **Deberá hacerse por escrito** o por otro medio que deje constancia inequívoca del momento y de la voluntad de quien la solicita.
- **Fechada y firmada por el/la solicitante**. En caso de que no sea posible, se podrán utilizar otros medios que dejen constancia o ser otra persona, capaz y mayor de edad, quien la feche y firme en su presencia. Esta última debe indicar las razones por las que el/la paciente no está en condiciones de llevarla a cabo sin ayuda externa.
- **Firmada en presencia de un/a profesional sanitario/a que la rubricará**.
- El escrito debe ser **incorporado a la Historia Clínica** del/de la paciente.
- El/la solicitante puede **revocar su solicitud** en cualquier momento así como solicitar el aplazamiento de la ayuda para morir.
- **En caso de que el/la paciente no se encuentre en pleno uso de sus facultades**, ni pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente, pero posea un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido, la solicitud podrá ser presentada por **otra persona mayor de edad** y plenamente capaz, **acompañada de dicho documento**. En caso de que **no exista ninguna otra persona** podrá ser el/la **Médico/a encargado/a de su asistencia** quien presente dicha solicitud estando este último legitimado para acceder a los documentos de instrucciones previas, testamento vital, etc...

12.6 Modelos de documentación

12.6.1 Modelos a descargar por el/la paciente o representante interlocutor/a en Astursalud o en Sede Electrónica del Principado y presentar firmados por registro.

- **MODELO 1.** Primera Solicitud de Prestación de Ayuda Para Morir.
- **MODELO 1.1.** Solicitud de la Prestación de Ayuda para Morir por el Médico/a encargado/a de su asistencia en ausencia de otro/a representante interlocutor/a (solo para profesionales médicos).

- **MODELO 7.** Segunda Solicitud de Prestación de Ayuda para Morir.
- **Reclamación 1.** Reclamación Frente a Informe Desfavorable del/de la Médico/a Responsable.
- **Reclamación 2.** Reclamación Frente a Informe Desfavorable del/ de la Médico/a Consultor/a.

12.6.2 Modelos a cumplimentar en la Historia Clínica del/ de la paciente que requieren entrega de copia al mismo para firma y posterior digitalización.

- **MODELO 2.** Documento de Información y Consentimiento Informado Previo para Recibir la Prestación.
- **MODELO 9.** Manifestación del/la paciente solicitante de su deseo de Continuar o Desistir.
- **MODELO 10.** Documento de Información y Consentimiento Informado para recibir la prestación de ayuda para morir.

12.6.3 Modelos a cumplimentar en la Historia Clínica del/ de la paciente que requieren entrega de copia al mismo.

- **MODELO 4.** Verificación de la Primera Solicitud e Informe a el/la Paciente.
- **MODELO 5.** Denegación de la Prestación de Ayuda para Morir.
- **MODELO 11.** Informe del Médico Consultor/a. *(solo en caso de informe desfavorable)*

12.6.4 Modelos que sólo requieren cumplimentación en la Historia Clínica del/ de la paciente.

- **MODELO 3.** Certificación por el Médico/a Responsable de la situación de Incapacidad del/ de la paciente solicitante.
- **MODELO 6.** Informe de Denegación de la Prestación de Ayuda para Morir.
- **MODELO 8.** Verificación de la Segunda Solicitud de Prestación de Ayuda Para Morir por el Médico Responsable.



- **MODELO 12.** Comunicación de las Conclusiones a la Comisión de Garantía y Evaluación.
- **MODELO 14.** Informe de Realización de la Prestación de Ayuda para Morir.

MODELO 1



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (arts. 3.g), 5.1.c) y 6 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE:

Apellidos y nombre:
 DNI:
 Fecha de nacimiento:
 Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:
 Sexo:
 Domicilio:
 Localidad: Provincia: CP:
 Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):
 Teléfono: Correo electrónico:

2. DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A:

Apellidos y nombre:
 DNI:
 Fecha de nacimiento:
 Sexo:
 Domicilio:
 Localidad: Provincia: CP:
 Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):
 Teléfono: Correo electrónico:

3. TIPO DE SOLICITUD: Primera solicitud de prestación de ayuda para morir

El/la paciente solicitante manifiesta, libre e inequívocamente, su voluntad de acceso a la prestación de ayuda a morir y sugiere como médico/a responsable a D. _____

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- ☐ Fotocopia del DNI del/la solicitante y de la persona que actúa como representante interlocutor/a.
- ☐ Documento que acredita la Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento
- ☐ Documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente suscrito por el/la paciente representado/a.

5. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

Esta solicitud se suscribe en presencia de profesional sanitario/a que firma al pie.

En _____, a ____ de _____ de 20__

 Fdo: el/la paciente solicitante
 o persona representante interlocutor/a

 Fdo: profesional sanitario/a
 Nombre y Apellidos:
 Número de Colegiado/a:



MODELO 1.1



**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
POR EL/LA MÉDICO/A SI NO EXISTE NINGUNA PERSONA QUE LA PUEDA
PRESENTAR EN NOMBRE DEL/LA PACIENTE**
(arts. 5.2 y 6.4. L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE:

Apellidos y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

2. DATOS DEL/LA MÉDICO/A QUE PRESENTA LA SOLICITUD:

Apellidos y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- ☐ Documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente suscrito por el/la paciente.

4. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: el/la médico/a solicitante

Dirigido a la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria



MODELO 2



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(arts. 4.2 y 5.1.e) L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

El presente documento contiene la información dirigida al/la paciente y que ha de serle entregada con el fin de que pueda tomar la decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir de forma autónoma, fundada en el conocimiento de su proceso médico después de haber sido informado adecuadamente por el equipo responsable sanitario.

Una vez comprendida la información en su totalidad, si el/la paciente decide seguir adelante con su decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de prestar su conformidad libre, voluntaria, consciente y manifestada en pleno uso de sus facultades mediante la firma del formulario de consentimiento informado que se anexa a este documento.

1. ¿Qué es y en qué consiste la prestación de ayuda para morir?

La prestación de ayuda para morir es un servicio de financiación pública incluido en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que consiste en proporcionar los medios necesarios a una persona que ha manifestado su deseo de morir.

2. ¿Cuáles son las modalidades posibles de prestación de ayuda a morir?

Las modalidades de prestación de ayuda a morir son dos:

- a) La administración directa al/la paciente de una sustancia por parte de profesional sanitario competente.
- b) O, la prescripción o suministro por parte de profesional sanitario de una sustancia de manera que este se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

3. ¿Puede el/la paciente solicitante elegir la opción de prestación de ayuda para morir que desee?

Sí, entre las legalmente previstas, enumeradas en la cuestión anterior y sin perjuicio de cumplir otra serie de requisitos, que se analizan a continuación.

4. ¿Quién tiene derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir?

Toda persona que cumpla los requisitos legalmente previstos.

5. ¿Cuáles son los requisitos que debe reunir y acreditar el/la paciente solicitante para recibir la prestación de ayuda para morir?

- Ser mayor de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por el/la médico/a responsable.
- Y prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.

6. ¿Qué sucede si el/la paciente solicitante no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su consentimiento libre, voluntario y consciente para realizar las solicitudes y, sin embargo, ha suscrito un documento de instrucciones previas o equivalente?

En estos casos de incapacidad de hecho en que el paciente solicitante carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad



jurídica, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir y el/la médico/a responsable está obligado/a a aplicar lo previsto en el documento de instrucciones previas. Si en dicho documento se hubiese designado a un/una representante éste/a será el/la interlocutor/a válido/a para el/la médico/a responsable.

7. ¿Cuándo se entiende que un paciente tiene un padecimiento grave, crónico o imposibilitante?

Cuando la persona se encuentra afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

8. ¿Cuándo se entiende que existe una enfermedad grave e incurable?

Es la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

9. Antes del inicio del procedimiento, ¿qué garantías asisten al/la paciente que se halla en el proceso de formación sólida de su decisión?

Será necesario que el/la paciente disponga por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

10. El procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir comienza mediante solicitud, pero ¿cuál es la función principal/material/sustancial de la solicitud?

El procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir comienza mediante la solicitud, la cual está revestida de importantes garantías al objeto de verificar que se formula voluntariamente y sin presiones externas, intromisiones o influencias indebidas, con una firme convicción de la decisión por parte del/la paciente solicitante.

11. ¿Basta con formular una única solicitud?

No, precisamente con la finalidad garantista de que el/la paciente solicitante pueda formar una decisión individual, madura y genuina se prevé la necesidad de formular dos solicitudes, ajustadas al modelo normalizado aprobado para la tramitación procedimental.

12. ¿Cuándo ha de formularse la segunda solicitud de prestación de ayuda para morir?

Quince días naturales después de la primera solicitud, salvo que el/la médico/a responsable considere que la pérdida de la capacidad del/la paciente solicitante es inminente, en cuyo caso podrá aceptar cualquier período menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes.

13. ¿Qué otros requisitos formales han de reunir las solicitudes para recibir la prestación de ayuda para morir?

Las solicitudes, además de formularse por escrito dejando constancia tanto de la voluntad inequívoca del paciente solicitante como de la fecha en que se solicita, han de reunir, además, unos requisitos formales:

- a) La firma de las solicitudes ha de tener lugar en presencia de un/una profesional sanitario/a que, asimismo, las rubricará. Si no es el/la médico/a responsable, lo entregará a éste/a.
- b) Si el/la paciente solicitante, por su situación personal o condición de salud, no pudiese fechar o firmar la solicitud podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra



persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo siempre en su presencia. En este caso, dicha persona ha de mencionar que quien solicita la prestación de ayuda para morir no se halla en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

- c) Las solicitudes han de ofrecer la opción de que el/la paciente solicitante pueda revocarlas o bien solicitar el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

14. ¿Puede denegarse la prestación de ayuda para morir? (denegación previa)

Si, el/la médico/a responsable puede denegar la prestación de ayuda para morir en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, siempre por escrito y de forma motivada. Asimismo, el/la médico/a responsable informará al paciente solicitante de la posibilidad de presentar una reclamación en el plazo máximo de quince días naturales ante la Comisión de Garantía y Evaluación.

15. ¿Qué es la Comisión de Garantía y Evaluación y cuál es el papel que desempeña en el procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir?

La Comisión de Garantía y Evaluación es un órgano colegiado regido además de por su propio reglamento interno por lo previsto para tales órganos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Las funciones de esta comisión van de la resolución de las reclamaciones del/la paciente solicitante hasta la verificación de que el procedimiento para la prestación de ayuda para morir se haya realizado conforme a la ley, pasando por la averiguación de problemas en el cumplimiento de las obligaciones, el estudio de mejoras, la solución de dudas y la elaboración de informes evaluativos anuales acerca de la aplicación de la ley en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

16. ¿Qué procedimiento ha de seguir el/la médico responsable una vez que recibe las solicitudes de prestación de ayuda para morir y verifica el cumplimiento de los requisitos exigidos?

1. Apertura del proceso deliberativo.

Recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, el/la médico/a responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, y tras verificar que se cumplen los requisitos - nacionalidad o residencia, formulación de solicitud y certificado médico acreditativo de la enfermedad - realizará con el/la paciente un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Dicha información deberá facilitarse por escrito.

2. Reanudación del proceso deliberativo.

Tras recibir la segunda solicitud el/la médico/a responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el/la paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al/la paciente tras la presentación de la primera solicitud.

3. Fin del proceso deliberativo y recabar decisión de continuar mediante el documento de consentimiento informado.

Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo, el/la médico/a responsable recabará del/la paciente su decisión de continuar o desistir de la solicitud. Sea cual fuere su decisión, el/la médico/a responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los/las profesionales de enfermería, así como, si el/la paciente lo indicase, a los/las familiares o allegados/as que señale.

4. Intervención de médico/a consultor/a.

El/la médico/a responsable deberá consultar a un/una médico/a consultor/a, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al/la paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas (art. 5.1 o, en su caso, art. 5.2) a cuyo efecto redactará un informe cuyas conclusiones deberán ser comunicadas al/la paciente en el plazo máximo de veinticuatro horas. En caso de informe desfavorable del/la médico/a consultor/a el/la paciente podrá presentar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de quince días naturales.

5. Puesta en conocimiento por parte del médico responsable al/la Presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el/la médico/a responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, en el plazo máximo de tres días hábiles lo pondrá en conocimiento del/la presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación, al efecto de que se efectúe el control previo por parte de dicha comisión.

6. Verificación por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Recibida la comunicación médica anteriormente indicada el/la Presidente/a de la comisión designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros – un/a profesional médico/a y un/a jurista - para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

El equipo formado por los dos miembros designados emitirá un informe que:

1. Si es favorable servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación.
2. Si es desfavorable a la solicitud el/la paciente podrá presentar reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación. A los efectos de proporcionar al/la paciente las garantías oportunas no podrán participar en la resolución los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.
3. Y, si no hay acuerdo entre el equipo formado por los dos miembros designados se elevará la verificación al Pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación que resolverá definitivamente.
4. En todo caso, las resoluciones de la comisión que informen desfavorablemente la solicitud de prestación de ayuda para morir son susceptibles de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa en cuyo seno se tramitarán por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona.

7. Puesta en conocimiento de la resolución definitiva al/la médico/a responsable.

La resolución definitiva debe ponerse en conocimiento del/la Presidente/a de la Comisión para que éste/a a su vez la traslade al/la médico/a responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello en el plazo máximo de dos días naturales.

8. Comunicación por parte del/la médico/a responsable a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir y en plazo máximo de cinco días hábiles después de la misma, el/la médico/a responsable deberá remitir a la comisión una serie de documentos, dos, con el contenido legalmente previsto (art. 12).

17. ¿Dónde se realizará la prestación de ayuda para morir?

La prestación de ayuda para morir se realizará en centros sanitarios, públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el lugar donde se realiza o por el ejercicio de la objeción sanitaria, sin que puedan intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

18. ¿Cómo se realizará la prestación de ayuda para morir?

La prestación de ayuda para morir deberá realizarse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los/las profesionales sanitarios/as, con aplicación de los protocolos correspondientes; y, se efectuará en los siguientes términos:

1. Si la modalidad de prestación elegida por el/la paciente solicitante es la que consiste en que le sea administrada directamente una sustancia por parte del/la profesional sanitario/a competente, el/la médico/a responsable así como el resto de profesionales sanitarios le asistirán hasta el momento de su muerte.
2. Si la modalidad de prestación elegida por el/la paciente solicitante es la que consiste en prescripción o suministro por parte del/la profesional sanitario/a de una sustancia de manera que este/a se la pueda autoadministrar el paciente para causar su propia muerte, el/la médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el/la propio/a paciente se auto-suministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a éste/a hasta el momento de su fallecimiento.

19. ¿Existen garantías de protección de la intimidad del/la paciente solicitante y de confidencialidad?

Existen tales garantías cuyo cumplimiento es exigible tanto a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación como a los/las profesionales de los centros sanitarios.

Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la comisión.

Asimismo, los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de los/las pacientes solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

20. ¿Puedo arrepentirme de mi decisión?

Por supuesto, usted puede revocar su solicitud en cualquier momento. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

1. DATOS DEL PACIENTE SOLICITANTE:

D. /Dña.

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad / residencia legal / certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

2. MANIFESTACIONES DEL CONSENTIMIENTO

He sido informado/a adecuadamente, de forma verbal y por escrito, por el equipo sanitario responsable al objeto de tomar la decisión autónoma de solicitar la prestación de ayuda para morir.

He entendido la información proporcionada y consiento, de forma consciente, libre y voluntaria, en recibir la prestación de ayuda para morir en los términos y condiciones indicados en la solicitud de prestación de ayuda para morir".

Soy consciente de las obligaciones que me incumben y las garantías que me asisten a cuyo efecto, asimismo, me reservo el derecho a modificar la voluntad manifestada, ya sea mediante la revocación de la solicitud de prestación de ayuda a morir, ya sea a través de la posibilidad de instar el aplazamiento de la ayuda para morir.

He recibido una copia de esta información para el/la paciente y del formulario de consentimiento informado previo para la realización de la prestación de ayuda para morir.

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: el/la paciente solicitante

Fdo: Médico/a responsable



MODELO 3

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistorias>
	Tipo de documento: Certificación de Incapacidad		Nombre:	<\$Paciente.nombre>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2>
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento> Sexo: <\$Paciente.sexo>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte NASS	33/0000000083	CIP CA	ASTU000151417324
Teléfono	985264587	Cód. SNS	
		CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

CERTIFICACIÓN POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN INCAPACIDAD DE HECHO DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE A LOS EFECTOS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (arts. 5.2., 6.4 y 9 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. VALORACIÓN POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO:

- ☐ La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el/la médico/a responsable se ha efectuado conforme a los protocolos de actuación de actuación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).
- ☐ Se ha solicitado interconsulta para la valoración de la capacidad:
- ☐ SI (en cuyo caso se anexa documentación)
- ☐ NO

2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE CERTIFICA QUE:

- El/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes.
- El/la paciente sufre una enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos legalmente previstos.
- Ha suscrito documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente conforme al cual se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir.
- En dicho documento ha nombrado representante a D/Dña....., con DNI:....., qué será interlocutor/a válido/a.

Nombre Responsable 1	<\$Responsable.informe.nombre>		
	<\$Responsable.informe.apellido1>		
	<\$Responsable.informe.apellido2>		
Nº COLEGIADO	<\$Responsable.informe.categoria>		
Fecha de firma	<\$Autor.informe.fechaHoy>		
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud: SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias			
Denominación del proveedor de servicios:			
Denominación del centro: Hospital del Oriente de Asturias			
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

CERTIFICADO DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD



MODELO 4

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Certificación de la condición para eut.		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio:	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	<\$ActoClinico.servicio\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy\$>		Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte NASS	33/0000000083	CIP CA	ASTU000151417324
Teléfono	985264587	Cód. SNS	
		CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE E INFORME AL/LA PACIENTE RELATIVO A SU DIAGNÓSTICO, POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS, RESULTADOS ESPERABLES, Y POSIBLES CUIDADOS PALIATIVOS

(art. 8.1. párrafo primero L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA SOLICITUD (art. 5.1. a), c) y d) L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia):

- ☐ El/la solicitante tiene nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, es mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- ☐ El/la solicitante ha formulado la primera solicitud de prestación de ayuda a morir de manera voluntaria y por escrito o por otro medio que permita tener constancia y sin que sea el resultado de ninguna presión externa
- ☐ Enfermedad que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva o padecimiento que incide directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí mismo/a, así como la capacidad de expresión y relación, y lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE:

- ☐ Ha verificado el cumplimiento de los anteriores requisitos y realizado con el/la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos y sobre las prestaciones a que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia, asegurándose de que comprende la información que le facilita.

(Cualquier incumplimiento de los requisitos implica la detención del procedimiento hasta que se pueda verificar)

¹ Facultativo/a que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del/la paciente, con el carácter de interlocutor/a principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD E INFORME AL PACIENTE



 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Certificación de la condición para eut.		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>
			Sexo	<\$Paciente.sexo\$>

3. PROCESO DELIBERATIVO CON EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE:

La presente información se enmarca en el proceso deliberativo entre el/la paciente, en pleno uso de sus facultades, y el médico/a responsable.

Información relativa al diagnóstico¹:

Posibilidades terapéuticas, resultados esperables y pronóstico:

Posibles cuidados paliativos y recursos sociosanitarios:

Se garantizará en todo momento una atención paliativa integral adaptada a la situación individual y familiar, en cualquier nivel asistencial y/o domicilio, durante todo el proceso. Se ha informado de los recursos de cuidados paliativos en el Área Sanitaria, así como de los recursos sociosanitarios y de las prestaciones a las que tuviera derecho de conformidad con la normativa de atención a la dependencia. Podrá consultar dichas prestaciones en la página web de ASTURSALUD (Ciudadanía/Trámites y Prestaciones sanitarias/Proceso al final de la vida) o pidiendo cita con su Trabajador/a Social.

Lo que certifico como médico/a responsable:

Nombre Responsable 1		<\$Responsable.informe.nombre\$>	
		<\$Responsable.informe.apellido1\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable.informe.apellido2\$>	
Fecha de firma		<\$Responsable.informe.categoria\$>	
		<\$Autor.informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud: SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias			
Denominación del provisor de servicios:			
Denominación del centro: Hospital del Oriente de Asturias			
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

¹ Diagnóstico principal, y comorbilidades si tienen implicaciones importantes en el pronóstico, tratamientos y posibles cuidados paliativos.

VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD E INFORME AL PACIENTE



MODELO 5

	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
			Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Tipo de documento: Inf. de denegación de la prestación		Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
Fecha de Consulta: <\$Autor informe.fechaHoy\$>			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>
			Sexo:	<\$Paciente.sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte	CIP CA	ASTU000151417324	
NASS 33/0000000083	Cód. SNS		
Teléfono 985264587	CIP Europeo		
	Teléfono móvil		
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía	Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)	
Piso	Municipio	Ribadesella	
Letra	Provincia	Asturias	
Código Postal	País	ESPAÑA	

DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
(art.7 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. MOTIVACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

2. OBLIGACIONES DEL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE:

- El/la médico/a responsable informa a la persona solicitante de la posibilidad de presentar, en el plazo máximo de quince días naturales contados a partir de la notificación de la denegación, una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente.
- El/la médico/a responsable deberá cumplir con la obligación de remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación competente, en el plazo de cinco días contados a partir de la notificación de la denegación al/la paciente/solicitante y con independencia de que se haya formulado reclamación ante ella por el/la paciente/solicitante, los dos documentos especificados en el artículo 12 de L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (Anexo "Documento primero" y Anexo "Documento segundo").

Nombre Responsable 1		<\$Responsable informe.nombre\$>	
		<\$Responsable informe.apellido1\$>	
		<\$Responsable informe.apellido2\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable informe.categoria\$>	
Fecha de firma		<\$Autor informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud:		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias	
Denominación del provisor de servicios:			
Denominación del centro:		Hospital del Oriente de Asturias	
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

NOTIFICACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR



MODELO 6

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Inf. de denegación de la prestación		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio: <\$ActoClínico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>
			Sexo:	<\$Paciente.sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte		CIP CA	ASTU000151417324
NASS	33/0000000083	Cód. SNS	
Teléfono	985264587	CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

Número de registro:

DOCUMENTO PRIMERO

Médico/a responsable

Nombre y apellidos: (TAG)

Nº colegiado/a: (TAG)

Dirección: (TAG del centro)

Médico/a consultor

Nombre y apellidos: (TAG)

Nº colegiado/a: (TAG)

Dirección: (TAG del centro)

Representante designado/a en Documento de Instrucciones Previas (si lo hubiere). En caso contrario, nombre y apellidos de la persona que presentó la solicitud en nombre del/la paciente en situación de incapacidad de hecho.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Nombre Responsable 1		<\$Responsable informe.nombre\$>	
		<\$Responsable informe.apellido1\$>	
		<\$Responsable informe.apellido2\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable informe.categoria\$>	
Fecha de firma		<\$Autor informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud:		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias	
Denominación del provisor de servicios:			
Denominación del centro:		Hospital del Oriente de Asturias	
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

INFORME DE DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Número de registro:

A remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación competente, en el plazo de cinco días contados a partir de la notificación de la denegación al paciente/solicitante y con independencia de que se haya formulado reclamación ante ella por el paciente/solicitante, los dos documentos especificados en el artículo 12 de L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (Anexo "Documento primero" y Anexo "Documento segundo").

DOCUMENTO SEGUNDO

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Sexo:

Edad:

2. DATOS ACERCA DE LOS REQUISITOS Y DE LOS DATOS CLÍNICOS RELEVANTES DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la solicitud:

Información sobre la ausencia de presión externa:

Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante):

Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido:

Razones por las que se considera que tiene o no tiene, total o parcialmente perspectivas de mejoría:

Cualesquiera datos clínicos relevantes para la evaluación del caso:

Motivo de la denegación:**3. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:**

Existencia de documento instrucciones previas o documento equivalente:

- ☐ Sí
☐ No

INFORME DE DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR



MODELO 7



SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(arts. 3.g), 5.1.c) y 6 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE:

Apellidos y nombre:
DNI:
Fecha de nacimiento:
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:
Sexo:
Domicilio:
Localidad: Provincia: CP:
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):
Teléfono: Correo electrónico:

2. DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE INTERLOCUTOR/A:

Apellidos y nombre:
DNI:
Fecha de nacimiento:
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:
Sexo:
Domicilio:
Localidad: Provincia: CP:
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):
Teléfono: Correo electrónico:

3. TIPO DE SOLICITUD: SEGUNDA solicitud de prestación de ayuda para morir.

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

☐ Fotocopia del DNI del/la solicitante y de la persona que actúa como representante interlocutor/a.

5. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

Esta solicitud se suscribe en presencia del/la Médico/a Responsable que firma al pie.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: Paciente solicitante
o Representante interlocutor/a

Fdo: Médico/a Responsable
Nombre y Apellidos:
Número de Colegiado/a:

Dirigido a la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria



MODELO 8

	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Informe de conclusiones		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
		Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>	Sexo: <\$Paciente sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T. Residente/Pasaporte:		CIP CA	ASTU000151417324
NASS	33/0000000083	Cód. SNS	
Teléfono	985264587	CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECE (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

VERIFICACIÓN DE LA SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE Y REANUDACIÓN PROCESO DELIBERATIVO

(art. 8.1. párrafo segundo L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. VERIFICACIÓN:

Ha mediado el plazo de separación de quince días entre la primera y segunda solicitud de prestación de ayuda para morir; o, en su caso, el plazo procedente, a juicio del/la médico/a responsable, de ____ días, conforme al art. 5.1.c, 2º párrafo.

2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE:

Retoma con el/la paciente solicitante el proceso deliberativo preguntándole si tiene alguna duda o necesita ampliación de la información ya proporcionada con la primera solicitud, manifestando este:

- ☐ Que no tiene dudas y no necesita ampliación de la información.
- ☐ Que plantea las siguientes dudas a las que se da contestación:

Nombre Responsable 1		<\$Responsable.informe.nombre\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable.informe.apellido1\$>	
Fecha de firma		<\$Responsable.informe.apellido2\$>	
		<\$Responsable.informe.categoria\$>	
		<\$Autor.informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud: SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias			
Denominación del proveedor de servicios:			
Denominación del centro: Hospital del Oriente de Asturias			
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

VERIFICACIÓN DE LA SEGUNDA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR Y REANUDACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO



MODELO 9

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Informe de conclusiones		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>
			Sexo:	<\$Paciente.sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte		CIP CA	ASTU000151417324
NASS	33/0000000083	Cód. SNS	
Teléfono	985264587	CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

1. MANIFESTACIÓN INEQUÍVOCA DE LA VOLUNTAD DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE:

- ☐ El/la paciente solicitante manifiesta su deseo de CONTINUAR con el procedimiento inherente a la solicitud de prestación de ayuda para morir mediante:
- ☐ Administración directa al/la paciente de una sustancia por parte de profesional sanitario/a competente.
 - ☐ Prescripción o suministro por parte de profesional sanitario/a de una sustancia de manera que este se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

Solicita, así mismo, que se comunique esta circunstancia a los familiares o allegados/as que se señalan a continuación:

- ☐ El/la paciente solicitante manifiesta su deseo de DESISTIR de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE SE OBLIGA A:

- Comunicar este anexo al equipo asistencial, especialmente a los/las profesionales de enfermería.
- A solicitud del paciente, a los familiares o allegados/as siguientes:

Nombre Responsable 1		<\$Responsable informe.nombre\$>	Paciente Solicitante
		<\$Responsable informe.apellido1\$>	
		<\$Responsable informe.apellido2\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable informe.categoria\$>	
Fecha de firma		<\$Autor informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud:		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias	
Denominación del proveedor de servicios:			
Denominación del centro:		Hospital del Oriente de Asturias	
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

**MANIFESTACIÓN DEL PACIENTE SOLICITANTE DE SU DESEO DE CONTINUAR O
DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



MODELO 10



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR
LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

1. DATOS DEL PACIENTE SOLICITANTE:

D. /Dña.

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad / residencia legal / certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

Documento pendiente de editar contenido.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE
AYUDA PARA MORIR**



MODELO 11

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
			Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Tipo de documento: Informe del médico consultor		Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy\$>		Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>
			Sexo:	<\$Paciente sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T. Residente/Pasaporte		CIP CA	ASTU000151417324
NASS	33/0000000083	Cód. SNS	
Teléfono	985264587	CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

Requisitos de la persona solicitante para recibir la prestación de ayuda para morir:

- ☐ 1. Nacionalidad española o residencia legal en España, o certificado de empadronamiento que acredite un período de permanencia superior a 12 meses.
- ☐ 2. Paciente mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud, que presta su conformidad libre, voluntaria y consciente.
- ☐ 3. En aquellos casos que el/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente, ha suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido con las indicaciones suficientes para facilitar la prestación de ayuda para morir (Ley 3/2021, artículo 5.2.).
- ☐ 4. Informado/a verbalmente y por escrito de su proceso médico, alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales y las prestaciones a las que tiene derecho de atención a la dependencia.
- ☐ 5. Enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- ☐ 6. Proceso de solicitudes, información y deliberación acorde a los plazos establecidos.

Requisitos de la enfermedad o padecimiento para recibir la prestación de ayuda para morir:

- ☐ Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
- ☐ Padecimiento que incide directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí mismo, así como la capacidad de expresión y relación, y lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

Valoración de requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir (Ley 3/2021, artículo 5.1.):

- ☐ Favorable.
 - ☐ Desfavorable.
- Motivo:

INFORME DEL/LA MÉDICO/A CONSULTOR/A



 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>	
	Tipo de documento: Informe del médico consultor		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>	
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>	
	Fecha de Consulta: <\$Autor informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>	
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>	Sexo: <\$Paciente.sexo\$>

Tras estudiar la historia clínica y examinar al/la paciente, y corroborando las condiciones establecidas en los artículos 5.1. y 5.2 de la Ley 3/2021), las conclusiones de mi valoración como médico/a consultor/a en el procedimiento de solicitud de prestación de ayuda para morir son los siguientes:

Nota: Se incluirán aspectos relacionados con el diagnóstico, situación de incapacidad, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como de posibles cuidados paliativos. El plazo máximo de respuesta es de 10 días naturales desde la segunda solicitud.

Por lo que mi informe es:

- ☐ Favorable.
☐ Desfavorable.

Contra esta decisión se podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de quince días naturales que prevé el artículo 7.2 de la ley 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia, para los casos de denegación de la prestación de ayuda para morir.

Nombre Responsable 1		<\$Responsable informe.nombre\$> <\$Responsable informe.apellido1\$> <\$Responsable informe.apellido2\$>		
Nº COLEGIADO		<\$Responsable informe.categoria\$>		
Fecha de firma		<\$Autor informe.fechaHoy\$>		
INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud:		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias		
Denominación del proveedor de servicios:				
Denominación del centro:		Hospital del Oriente de Asturias		
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres	
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias	
Nº de la vía	S/n	País	España	
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00	

INFORME DEL/LA MÉDICO/A CONSULTOR/A



MODELO 12

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Informe de conclusiones		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$>
			Sexo:	<\$Paciente sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte	CIP CA	ASTU000151417324	
NASS	33/0000000083	Cód. SNS	
Teléfono	985264587	CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

Pongo en conocimiento de la Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir, que:

☐ La solicitud de/la paciente, cuyos datos se adjuntan, cumple los requisitos establecidos para su realización, tras mi evaluación como médico/a responsable y la del médico/a consultor/a asignado/a:

- Nacionalidad española o residencia legal en España, o certificado de empadronamiento que acredita un período de permanencia superior a 12 meses.
- Paciente mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud, que presta su conformidad libre, voluntaria y consciente.
- En aquellos casos que el/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente, ha suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido con las indicaciones suficientes para facilitar la prestación de ayuda para morir (Ley 3/2021, artículo 5.2.).
- Informado/a verbalmente y por escrito de su proceso médico, alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales y las prestaciones a las que tiene derecho de atención a la dependencia.
- Enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- Informe favorable del médico/a consultor/a.
- Proceso de solicitudes, información y deliberación acorde a los plazos establecidos.

Como médico/a responsable, solicito a la Comisión de Garantía y Evaluación que designe, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un/a profesional médico/a y un/a jurista, para que verifique si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

Nombre Responsable 1		<\$Responsable.informe.nombre\$>	
		<\$Responsable.informe.apellido1\$>	
		<\$Responsable.informe.apellido2\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable.informe.categoria\$>	
Fecha de firma		<\$Autor.informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud:		SESPA, Servicio de Salud del Principado de Asturias	
Denominación del proveedor de servicios:			
Denominación del centro:		Hospital del Oriente de Asturias	
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

COMUNICACIÓN DE LAS CONCLUSIONES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN



MODELO 13



**INFORME DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN PARA LA
PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(arts. 10, 12.b) y 18 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE:

Apellidos y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

2. LOS MIEMBROS DESIGNADOS POR LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN:

- En el plazo máximo de siete días naturales a contar a partir de la fecha de su designación, emiten el siguiente informe:
 - a) Sexo y edad del paciente solicitante de la ayuda para morir:
 - b) Fecha y lugar de la muerte:
 - c) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición:
 - d) Descripción de la patología padecida por el/la paciente solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante):
 - e) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría:
 - f) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa:
 - g) ¿Existía documento de instrucciones previas o documento equivalente?:
 - ☐ Sí
 - ☐ No
 - Si la respuesta es afirmativa se adjuntará una fotocopia del documento de instrucciones previas o equivalente.
 - h) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas:



- Sentido del informe:

- ☐ Favorable.
☐ No favorable.

El presente informe se pondrá en conocimiento, en todo caso y en el plazo máximo de dos días naturales, del Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación.

En el caso de no existir acuerdo entre el profesional médico y el jurista designados se elevará verificación al Pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Si el informe es favorable servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir y el Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, dentro del plazo máximo de dos días, lo trasladará al médico responsable que realizó la comunicación para proceder a realizar la prestación de ayuda para morir; y, asimismo, requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

Si el informe es desfavorable puede interponer recurso ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa en la que se tramitará por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA:

En Oviedo, a ____ de ____ de 20 ____

Fdo: Profesional sanitario designado

Fdo: Jurista designado



MODELO 14

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Hospital del Oriente de Asturias		Nº Historia Clínica	<\$Paciente.numHistoria\$>
	Tipo de documento: Inf. de realización de la prestación		Nombre:	<\$Paciente.nombre\$>
	Servicio: <\$ActoClinico.servicio\$>	Unidad:	Primer Apellido	<\$Paciente.apellido1\$>
	Fecha de Consulta: <\$Autor.informe.fechaHoy\$>		Segundo Apellido	<\$Paciente.apellido2\$>
			Fecha de nacimiento	<\$Paciente.fechaNacimiento\$> <\$Paciente.sexo\$>

OTROS DATOS DEL PACIENTE			
DNI/T.Residente/Pasaporte		CIP CA	ASTU000151417324
NASS	33/0000000083	Cód. SNS	
Teléfono	985264587	CIP Europeo	
		Teléfono móvil	
DOMICILIO			
Tipo de vía	Nombre de la vía	ATAJO CORTO, 1 C	
Nº de la vía		Población	VEGA - LECES (RIBADESELLA)
Piso		Municipio	Ribadesella
Letra		Provincia	Asturias
Código Postal		País	ESPAÑA

Número de registro:

DOCUMENTO PRIMERO

Médico/a responsable

Nombre y apellidos: (TAG)

Nº colegiado/a: (TAG)

Dirección: (TAG del centro)

Médico/a consultor

Nombre y apellidos:

Nº colegiado/a:

Dirección:

Representante designado en Documento de Instrucciones Previas (si lo hubiere). En caso contrario, nombre y apellidos de la persona que presentó la solicitud en nombre del/la paciente en situación de incapacidad de hecho.

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Nombre Responsable 1		<\$Responsable.informe.nombre\$> <\$Responsable.informe.apellido1\$> <\$Responsable.informe.apellido2\$>	
Nº COLEGIADO		<\$Responsable.informe.categoria\$>	
Fecha de firma		<\$Autor.informe.fechaHoy\$>	
INSTITUCIÓN EMISORA			
Denominación del Servicio de Salud:		SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias	
Denominación del proveedor de servicios:			
Denominación del centro:		Hospital del Oriente de Asturias	
Tipo de vía	Urbanización	Municipio	Parres
Nombre de la vía	Castañera	Provincia	Asturias
Nº de la vía	s/n	País	España
Código Postal	33540	Teléfono	985 94 98 00

INFORME DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Número de registro:

A remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación en un plazo máximo de 5 días hábiles desde la realización de la prestación de ayuda para morir. Identificar con número de registro.

DOCUMENTO SEGUNDO

Persona solicitante de ayuda para morir

- Edad: (TAG)
- Sexo: (TAG)
- Enfermedad padecida (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante):
- Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría:

Fecha de la muerte:

Lugar de la muerte:

- ☐ Domicilio
- ☐ Centro hospitalario
- ☐ Centro sociosanitario
- ☐ Otros

Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona:

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

Existencia de documento instrucciones previas o documento equivalente

- ☐ Sí
- ☐ No

Procedimiento seguido por el/la médico/a responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir:

Médicos/as consultores

- Capacitación:
- Fechas de las consultas:

INFORME DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR



RECLAMACIÓN 1



RECLAMACIÓN FRENTE AL INFORME DESFAVORABLE DEL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (art. 7.2 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

D./Dña _____, mayor de edad, con DNI: _____ y domicilio a efectos
de notificaciones en _____, comparezco y cómo mejor proceda en
derecho, DIGO:

Que el presente escrito tiene el carácter de RECLAMACIÓN a que se refiere el art 7.2 en relación con el 18.a), de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, frente al informe desfavorable del/la Médico/a responsable en relación a mi solicitud de prestación de ayuda para morir. Ello, por entenderla contraria a mis intereses y a derecho en base a los ss:

HECHOS

Primero.- Con fecha _____ presenté solicitud de ayuda para morir, asignándoseme como médico responsable a D./Dña. _____, con número de colegiación _____.

Segundo.- Con fecha _____, dicho profesional deniega mi prestación informándome de la posibilidad de interponer reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación. Disconforme con dicha decisión vengo a interponer la presente reclamación. En base a las siguientes:

ALEGACIONES

ARGUMENTOS DE LA RECLAMACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DEL ART. 5.1:

- Sobre la nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:
- Sobre la disposición por escrito de la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos; y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia:
- Sobre la formulación y presentación de las dos solicitudes: por escrito, de forma voluntaria, sin presión externa y dejando transcurrir entre la primera y segunda solicitud la separación temporal general de 15 días o excepcional justificada de tiempo diferente:
- Sobre la enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable:
- Sobre el consentimiento informado previo para recibir la prestación de ayuda para morir:

Dirigido a la Comisión de Garantía y Evaluación



- Otros:

En base a lo expuesto, SOLICITO, se tenga por presentado este escrito, con los documentos que, en su caso, se acompañan y por interpuesta la reclamación frente al informe desfavorable del/la médico/a responsable, y, en base a los argumentos esgrimidos la ESTIME procediendo a requerir a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: el/la paciente solicitante/reclamante

Dirigido a la Comisión de Garantía y Evaluación



RECLAMACIÓN 2



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Centro de Atención al Paciente

RECLAMACIÓN FRENTE AL INFORME DESFAVORABLE DEL/LA MÉDICO/A CONSULTOR/A DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(art. 7.2 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI: _____ y domicilio a efectos de notificaciones en _____, comparezco y cómo mejor proceda en derecho, DIGO:

Que por el presente escrito tiene el carácter de RECLAMACIÓN a que se refiere el art 7.2 en relación con el 18.a), de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, frente al informe desfavorable de la Comisión de Garantía y Evaluación en relación mi solicitud de prestación de ayuda para morir. Ello por entenderla contraria a mis intereses y a derecho en base a los ss:

HECHOS

Primero.- Con fecha _____ presenté solicitud de ayuda para morir, asignándoseme como médico/a responsable a D./Dña. _____, con número de colegiación _____. Dicho/a facultativo/a remitió al/la médico/a consultor/a D./Dña. _____, con número de colegiación _____ la documentación correspondiente para que éste/a corrobore el cumplimiento de las condiciones establecidas en el art 5.1 y 2.

Segundo.- Con fecha _____, dicho/a profesional, me entrega sus conclusiones e informa desfavorablemente mi solicitud, informándome de la posibilidad de interponer reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación. Disconforme con dicha decisión vengo a interponer la presente reclamación. En base a las siguientes:

ALEGACIONES

ARGUMENTOS DE LA RECLAMACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DEL ART. 5.1:

- Sobre la nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:
- Sobre la disposición por escrito de la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos; y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia:
- Sobre la formulación y presentación de las dos solicitudes por escrito, de forma voluntaria, sin presión externa y dejando transcurrir entre la primera y segunda solicitud la separación temporal general de 15 días o excepcional justificada de tiempo diferente:
- Sobre la enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable:

Dirigido a la Comisión de Garantía y Evaluación



- Sobre el consentimiento informado previo para recibir la prestación de ayuda para morir:
- Otros:

En base a lo expuesto, SOLICITO se tenga por presentado este escrito, con los documentos que, en su caso, se acompañan y por interpuesta la reclamación frente al informe desfavorable del/la médico/a consultor/a y, en base a los argumentos esgrimidos la ESTIME procediendo a requerir a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: el/la paciente solicitante/reclamante

Dirigido a la Comisión de Garantía y Evaluación