



Procedimiento para el cumplimiento de la  
**“LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE  
REGULACIÓN DE LA EUTANASIA”**  
en la Comunidad Autónoma de Murcia

**PROFESIONALES SANITARIOS**



# ÍNDICE

- 1    Objetivos**
- 2    Conceptos**
- 3    Derechos y requisitos de las personas para solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio**
- 4    Denegación de la prestación de ayuda para morir**
- 5    Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir**
- 6    Verificación por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación**
- 7    Realización de la prestación de ayuda para morir**
- 8    Acompañamiento**
- 9    Papel del Comité de Ética Asistencial en el proceso**
- 10   Donación de órganos y tejidos post-mortem**
- 11   Objeción de conciencia**
- 12   Esquema del procedimiento**
- 13   Modelos**



## 1. Objetivos:

Informar y asesorar a los facultativos, sanitarios, equipos asistenciales y comités de ética acerca del procedimiento que se ha de seguir en la **Comunidad Autónoma de la Región de Murcia** para el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia.

Este documento también fijará las recomendaciones para el ejercicio de la **objeción de conciencia por los profesionales sanitarios** en el marco del derecho a la prestación de la ayuda a morir, la información sobre la posibilidad de **donación de órganos** y tejidos post-mortem, las **recomendaciones de buenas prácticas** acerca de la administración de la medicación y las **modalidades de actuación y acompañamiento** del solicitante de la prestación de la ayuda a morir.

Este escrito tiene como referencia la Ley 3/2021 de regulación de la Eutanasia, y por lo que cualquier interviniente en este procedimiento debe leerla y consultarla como base de este documento.

Para enmarcar la **finalidad** de esta ley conviene hacer una breve reseña de su exposición de motivos:

- La implantación de esta Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda social como es la eutanasia e introducirla en el ordenamiento jurídico como un derecho individual.
- **Eutanasia** significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. Esta Ley se limita a aquella actuación que se produce de manera **activa y directa**. Se entiende por esta, 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, 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.

- Quedan por tanto **excluidas**, aquellas actuaciones designadas como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico, aunque aceleren la muerte del paciente).
- Se busca la compatibilidad de principios esenciales que son recogidos en la Constitución española. 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.

## 2. Conceptos:

Para el mejor entendimiento del presente documento, se exponen las definiciones de todos los conceptos que mencionaremos en adelante.

- a) Padecimiento grave, crónico e incapacitante:** Situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permiten a la persona valerse por sí misma, así como sobre las capacidades 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. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
- b) 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 y en un contexto de fragilidad progresiva.
- c) Médico responsable:** Interlocutor principal del paciente que tiene a su cargo coordinar toda la información y su asistencia sanitaria, sin perjuicio de las



obligaciones de otros profesionales que también participen en las actuaciones asistenciales. Deben ser características del médico responsable las siguientes:

- Es designado por el paciente
- Tiene acceso a su Historia clínica completa.
- Puede ser de cualquier especialidad.
- No tiene por qué pertenecer de forma exclusiva a la Sanidad Pública, sino que puede ser trabajador tanto de Centros Socio Sanitarios, centros o seguros privados, ya que los pacientes deben poder designar a un médico de su confianza, y éste puede pertenecer a cualquiera de los ámbitos comentados.
- Puede asesorarse de su equipo de trabajo habitual, que puede incluir a otros médicos de su misma o distinta especialidad, trabajadores sociales o psicólogos.
- En su equipo asistencial estará siempre incluido personal de enfermería.
- Puede declararse objetor de conciencia, en cuyo caso el paciente podrá optar entre dos alternativas:
  - 1) Elegir otro médico responsable con las características descritas anteriormente
  - 2) Elegir un grupo especializado que sustituirá al médico responsable, y que definiremos a continuación.

**d) Grupo especializado:** Grupo de profesionales designados por el Servicio Murciano de Salud y que sustituirán al médico responsable o al médico consultor en las siguientes situaciones:

- 1) En el caso de que alguno de ellos se haya declarado objetor de conciencia y no se encuentre o se disponga de otro profesional que acepte la derivación del caso.
- 2) En el caso de que el médico responsable haga conocer al paciente la existencia del grupo especializado y éste prefiera su asesoramiento. En este caso el médico responsable no tiene la obligatoriedad de objetar.



Este grupo debe reunir las siguientes características:

- Estar compuesto por tres médicos, tres enfermeros y dos trabajadores sociales. Es conveniente, aunque no obligatoria la presencia de un psiquiatra.
- Uno de sus miembros hará las veces de médico/a responsable o de médico/a consultor para cada caso concreto.
- Sus componentes deben tener un claro conocimiento de la Ley que se trata.
- Las direcciones de las Áreas de Salud deben designar a los componentes de estos grupos especializados a partir de profesionales no objetores. Para ello se debe explorar previamente sus sensibilidades.
- Debe haber 3 grupos especializados en la Comunidad Autónoma, asumiendo que en las áreas pequeñas es difícil su formación por la falta de profesionales, por lo que cada grupo deberá asistir a varias de ellas.
- Los grupos especializados deben ser rotatorios para evitar cuestiones psicológicas que puedan afectar a los profesionales. El cambio será bienal.

**e) Médico/a consultor:** Facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable. Hacemos algunas aclaraciones respecto a este concepto:

- Puede pertenecer a un equipo hospitalario especializado, ser médico de Atención Primaria, Psiquiatra u otra especialidad que estime conveniente.
- Debe tener acceso a la Historia completa del paciente.
- En caso de que el médico consultor se haya declarado objetor de conciencia, el médico responsable podrá optar entre dos alternativas:
  - 1) Elegir otro médico consultor
  - 2) Elegir al grupo especializado, que sustituirá al médico consultor.



- La Interconsulta al médico consultor se debe realizar mediante la Historia Clínica electrónica. Es recomendable además, la comunicación telefónica directa para mayor eficacia y para asegurar el cumplimiento de los plazos previstos en la Ley.
- f) Objeción de conciencia sanitaria:** Derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones. Este concepto se desarrollará en un capítulo aparte.
- g) Prestación de ayuda para morir:** Acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:
- 1) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
  - 2) La prescripción y/o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta sea susceptible de administrarse, para causar su propia muerte.
- h) Consentimiento informado:** La conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, presentada por escrito, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el apartado anterior.
- i) Situación de incapacidad de hecho:** Situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.



### 3. Derechos y requisitos de las personas para solicitar la prestación de ayuda a morir y requisitos para su ejercicio

Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

**Los requisitos** para recibir la prestación de ayuda a morir son:

- a) Ser mayor de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- b) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- c) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico y de 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.
- d) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no hayan sido resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Si el médico responsable considerase que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado fuera inminente, podría aceptar cualquier periodo menor que considerase apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, debiendo dejar constancia en la historia clínica.
- e) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por el médico/médica responsable y por un médico/médica consultor.
- f) Prestar consentimiento informado, que se debe incorporar a la Historia Clínica del paciente previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. En él, podrá especificar sus expectativas en relación con la DONACIÓN DE



ÓRGANOS o cualquier circunstancia que desee. Así mismo, podrá designar un REPRESENTANTE que vele por sus deseos.

En aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, la valoración de incapacidad de hecho se hará conforme al protocolo de actuación para la valoración de la situación de la incapacidad de hecho (**Modelo 1.2**).

#### **4. Denegación de la prestación de ayuda para morir.**

Deberá realizarse por el médico responsable, por escrito y de manera motivada, en un plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud.

El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informar al paciente de la posibilidad de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación en un plazo máximo de 15 días naturales y a remitir la denegación a dicha Comisión en el plazo de cinco días contados a partir de la notificación al paciente, con los siguientes documentos especificados en la Ley (**Modelo 3.5**).

#### **5. Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir (ver esquema adjunto)**

**El paciente debe presentar al médico responsable una 1ª solicitud de ayuda para morir (Modelo 2.3).**

En el caso de que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud, y así lo certifique su médico responsable, y tenga presentado en el registro el documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, ésta podrá ser presentada por otra persona mayor de edad y plenamente capaz. Si no existe ninguna persona que pueda presentar



la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia y estará legitimado para solicitar y obtener el acceso a dicho documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes (**Modelo 1.1**).

Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir y después de verificar que se cumplen los requisitos para recibirla, el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, realizará con el solicitante **un proceso deliberativo** sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos. Para ello podrá solicitar información mediante interconsulta a aquellos profesionales que considere oportunos. Se asegurará de que el paciente entiende la información que se le facilita. La misma información deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales. (**Modelos 1.3 y 2.1**).

**Una vez transcurridos quince días naturales de la presentación de la primera solicitud, el paciente podrá presentar al médico responsable una segunda solicitud (Modelo 2.5)**

Una vez recibida ésta, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales y con un máximo de cinco días naturales retomará con el solicitante **un segundo proceso deliberativo** al objeto de atender cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado tras la proporcionada después de la presentación de la primera solicitud (**Modelo 2.6**).

Después de veinticuatro horas tras la finalización de este segundo proceso deliberativo el médico responsable recabará del paciente solicitante **su decisión de continuar o desistir** de la solicitud de prestación de ayuda para morir (**Modelo 2.7**). En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud (**Modelo 3.3**), el médico responsable pondrá este hecho en conocimiento del equipo asistencial.

Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá recabar el **consentimiento informado (Modelo 2.7)** y comunicar

esta circunstancia a su equipo asistencial y a los familiares o allegados que el paciente señale.

**El médico/a responsable debe consultar a un médico consultor**, que tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente deberá corroborar en un plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, el cumplimiento de los requisitos para recibir la prestación de la ayuda para morir, y redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica (**Modelo 3.1**). Las conclusiones del informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas verbalmente y por escrito.

En caso de **informe desfavorable** del médico consultor, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación (**Modelo 3.5**).

El médico responsable, en el plazo máximo de tres días hábiles, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, con el fin de que se realice una verificación previa por parte de dicha Comisión (**Modelo 3.4**).

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

*(Organismo creado por la Comunidad Autónoma, multidisciplinar que deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y jurista).*

Una vez recibida la comunicación por parte del médico responsable, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de esta, un profesional médico y un 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. Para ello tendrán acceso a la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo asistencial, así como con la persona solicitante.



En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán el informe al que la Ley se refiere como documento segundo. Si la decisión es **favorable**, este informe servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. En los casos en que no haya acuerdo entre el profesional médico y el jurista citados, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente (**Modelo 4.2**).

La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir en un plazo máximo de dos días naturales.

Las resoluciones de la Comisión que informen **desfavorablemente** la solicitud de la prestación de ayuda para morir, el paciente podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Tras realizar la prestación de ayuda a morir, el médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación los documentos primero y segundo debidamente cumplimentados en un plazo de 5 días (**Modelos 5.1 y 5.2**).

## 7. Realización de la prestación de ayuda para morir

Una vez recibida la resolución positiva de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse aplicando los protocolos correspondientes, que se han de elaborar entre los siguientes profesionales:

- Un farmacéutico/a
- Una enfermero/a
- Un médico/a especialista en Anestesiología y Reanimación
- Un médico/a especialista en Medicina Intensiva
- Un médico/a dedicado a la Medicina Paliativa
- Un médico/a de Atención Primaria



La medicación debe ser dispensada en un servicio de Farmacia Hospitalaria y se debe hacer trazabilidad de traslado al domicilio, Centro Socio Sanitario, o medio hospitalario por un profesional sanitario. En cualquier caso, la sala designada, debe reunir condiciones necesarias de intimidad y espacio para el acompañamiento y la necesaria asistencia.

En el caso de que el paciente se encuentre consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

Si la opción elegida es mediante administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente, el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios implicados, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

Si la modalidad de administración es auto suministrada por el paciente, el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

En caso de que el sujeto prefiera la ausencia del equipo sanitario se debe respetar la Autonomía del paciente reflejada en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente. En este caso debe ofrecerse un documento de Consentimiento Informado, donde quede reflejada esta circunstancia. Ello no excluye la disponibilidad del equipo en una estancia contigua para la inmediata asistencia en caso de que existan problemas en el proceso.

## **8. Acompañamiento**

Se facilitará la presencia de familiares y allegados que el paciente designe respetando su principio de autonomía, acorde con las circunstancias y habitabilidad de la sala elegida.



## 9. Papel del Comité de Ética Asistencial en el proceso

Los Comités de Ética Asistencial deben estar a disposición del médico responsable y del equipo especializado para poder emitir un informe no vinculante en casos complejos.

Se articulará en cada Área de Salud un mecanismo por el cual se puedan convertir en accesibles para poder tomar decisiones de forma rápida.

## 10. Donación de órganos y tejidos post-mortem

Los pacientes con capacidad de hecho que deciden optar por la prestación de ayuda a morir deben tener la oportunidad de donar órganos y tejidos tras su fallecimiento, si así lo desean. Ante el manifiesto deseo de un paciente de reflexionar sobre la opción de la donación tras la aplicación de la prestación de ayuda a morir, el Sistema Nacional de Salud debe proporcionarle toda la información para que pueda decidir con libertad.

### **Información sobre la posibilidad de donación:**

Todos los pacientes deben tener acceso a la información sobre la posibilidad de donar sus órganos y tejidos tras su fallecimiento, como parte de su planificación compartida de la asistencia, documento de voluntades anticipadas o plan de final de vida.

Deben recibirla de forma personalizada a través del Coordinador de Trasplantes (CT), pues es el profesional con mayor formación en donación y trasplante.

El paciente debe tener capacidad de hecho para reflexionar, preguntar y, en su caso, asentir a la donación de órganos póstuma de forma explícita.

### **Contenido de la información:**

- La decisión de solicitar la prestación de ayuda a morir es independiente de la decisión de donar.
- La aplicación de la prestación de ayuda a morir, tal como la decida el paciente, será prioritaria frente al proceso de donación de órganos.



- El paciente podrá siempre revocar el consentimiento para la donación sin perjuicio de sus cuidados de final de vida, ni de la aplicación de la prestación de la ayuda a morir.
- Hasta la fecha, la donación de órganos no se puede realizar si el fallecimiento del paciente no ocurre en el ámbito hospitalario. El momento de este ingreso será consensuado entre el paciente y el CT del centro hospitalario de referencia.
- La donación de órganos y tejidos tras el fallecimiento exige la realización de una serie de procedimientos diagnósticos e intervenciones.

#### **Proveedor de la información:**

- Será el CT del centro hospitalario de referencia quien informe al paciente sobre todo el proceso de donación de órganos y tejidos en este contexto de fallecimiento.

#### **Secuencia temporal:**

- El médico responsable o el grupo especializado que realice las funciones de médico responsable deben comunicar al CT del centro hospitalario de referencia la demanda de información del paciente sobre la posibilidad de donación. Este primer acercamiento se trataría de un **encuentro informativo**.
- En caso de aprobación de la prestación de ayuda a morir por parte de la comisión de evaluación en un paciente que haya expresado su deseo de ser donante, el médico responsable o el grupo especializado comunicarán al CT el informe favorable. Éste realizará una **entrevista de donación**, en la que se abordarán los aspectos procedimentales, incluyendo, en su caso, la firma del consentimiento informado sobre la voluntad de donación. Es preciso que esta segunda notificación se realice tan pronto como sea posible para dar tiempo al CT a concluir la evaluación del paciente como posible donante de órganos.



## Sobre la protección de los pacientes

- Para evitar cualquier conflicto de intereses los profesionales que participan en la decisión sobre prestación de la ayuda a morir, no deben participar en las discusiones sobre donación.
- Para evitar cualquier conflicto de intereses, la entrevista de donación sólo debe realizarse una vez haya sido autorizada la prestación de ayuda a morir.
- Se debe preservar la libertad y autonomía del paciente, lo que incluye respetar su plan para aplicar la ayuda a morir y, en el caso que asienta a la donación de órganos tras su fallecimiento, preservar esta voluntad. Para ello, los profesionales responsables de su atención al final de la vida deben facilitar, en la medida de lo posible, la consecución de ambos objetivos.

## 11. Objeción de conciencia

En el marco de la comisión técnica para la elaboración del manual de buenas prácticas se han considerado las siguientes recomendaciones:

1. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, **aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir** en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. En nuestra comunidad, se asegurará mediante los “equipos especializados”, que apoyarán y asesorarán al paciente y ejercerán las funciones de médico responsable o médico consultor en el caso de que estos ejerzan su derecho de objeción de conciencia.
2. **El ejercicio de la objeción de conciencia es individual.** La objeción de conciencia sólo se puede ejercer a título individual, de manera que no pueden acogerse a ella las instituciones, ni los equipos, ni los colectivos.
3. **La objeción debe ser específica y referida a acciones concretas.** No puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiera el paciente.



4. **La objeción de conciencia es de carácter excepcional**, por lo que, en cuanto al alcance de esta, este manual se ciñe a las **acciones/actos concretos referidos** en:
  - **El artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir**, las cuales tienen que ver con actuaciones que se realizan en el proceso final, de prescripción, administración o suministro.
  - **El artículo 8. Procedimiento que seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir**, las cuales tienen que ver con las actuaciones que forman parte del procedimiento previo, cuando **estos actos sean imprescindibles y directamente relacionados con la prestación**.
5. En el contexto de la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia, **los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia son aquellos que realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo**. Además de los profesionales de medicina y de enfermería que intervengan en el proceso final de prescripción o administración y suministro de medicamentos, podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia los médicos/as responsables y consultores, así como otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación. Igualmente, podrán ejercerla los/as farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos que se van a administrar dentro del proceso de ayuda a morir.
6. **Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación formarán parte de ella de manera voluntaria** a fin de evitar un posible ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia respecto a su integración en la misma.
7. **El profesional sanitario que sea objetor de conciencia deberá informar al paciente sobre el ejercicio de su derecho**. Igualmente informará al paciente del proceso a seguir para el reconocimiento de su derecho a la prestación de ayuda



- a morir y de su derecho a elegir otro médico responsable o un “equipo especializado”.
8. **Un profesional sanitario podrá declararse persona objetora en cualquier momento del proceso.** Sin embargo, es una recomendación de buena práctica que dicha declaración se haga saber al paciente durante las primeras 48 horas posteriores a su primera solicitud de ayuda a morir para evitar cualquier perjuicio. El profesional se deberá inscribir en el Registro habilitado al efecto, teniendo en cuenta que la inscripción como persona objetora es un hecho revocable, puesto que la vida es un proceso dinámico en que las opiniones de los sujetos pueden cambiar.
  9. **El profesional sanitario que se declare Objeto de Conciencia de una parte o de todo el proceso de solicitud de prestación de ayuda a morir, puede hacerlo en el Registro Regional de Profesionales sanitarios Objetores de Conciencia, y se le entregará a modo de Resolución un modelo de certificado donde figure tal decisión y registro, que puede mostrarse tanto al paciente que solicita su intervención como ante la petición del equipo directivo de su Área de Salud y en general a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. Este certificado personal mantiene y preserva la Ley de protección de Datos de Carácter Personal.**
  10. **El Registro de Objetores de Conciencia se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.** La inscripción en el mismo de todos aquellos profesionales sanitarios que puedan estar directamente implicados en la prestación de ayuda para morir se podrá realizar a través de la sede electrónica de la CARM a través de procedimiento de la guía de Procedimientos y Servicios **nº 3619**: “Registro de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir”
  11. **La coherencia de las actuaciones del objetor en relación con sus valores y creencias deberá poder ser constatada en el conjunto de su actividad sanitaria.** No es ético objetar en el sistema público y no hacerlo en el privado.



12. **No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia.** No se podrán plantear exigencias, imponer consecuencias negativas ni generar ninguna clase de incentivos que busquen el desistimiento o la revocación de la objeción
13. **Las administraciones sanitarias garantizarán el derecho a la prestación de ayuda a morir.** El legítimo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no podrá limitar, retrasar o condicionar la solicitud del paciente.
14. **Las administraciones sanitarias informarán a los pacientes del contenido y ejercicio del derecho de ayuda a morir.** El ejercicio de esta por los profesionales sanitarios no supondrá merma o menoscabo de la atención sanitaria.
15. El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda a morir no se extenderá al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento, ni a traslados entre centros sanitarios.



# PROCEDIMIENTO

SOLICITUD  
PRESTACIÓN  
AYUDA A MORIR

MÉDICO RESPONSABLE

1º Solicitud

2 días

#### CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PREVIOS:

- Nacionalidad española / residencia legal en España / certificado de empadronamiento (superior a doce meses), tener mayoría de edad, ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito (sin presión externa) con una separación de al menos quince días naturales entre ambas
- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por el médico responsable

#### 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.

15 días  
naturales

5 días

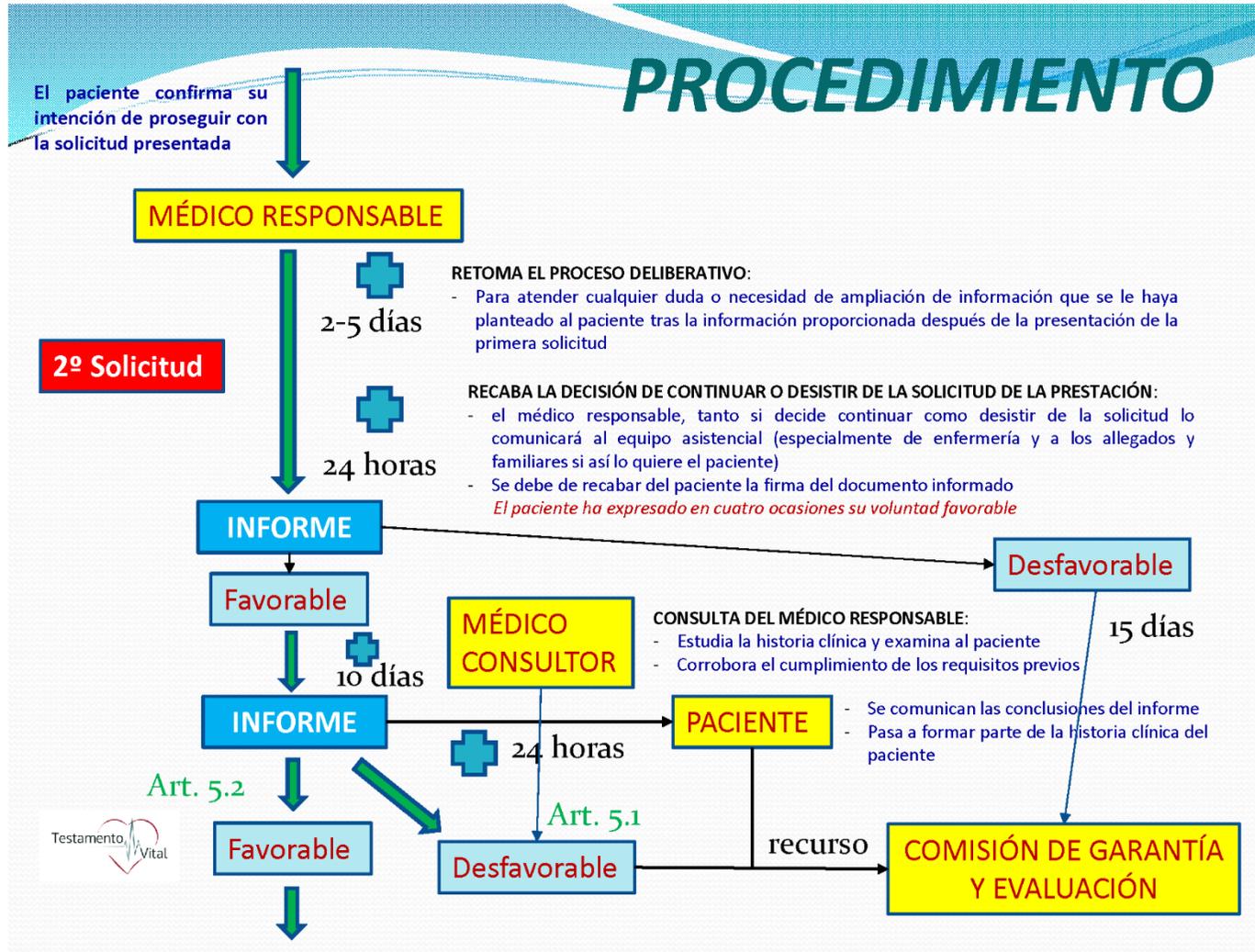
Por escrito



El paciente confirma su intención de proseguir con la solicitud presentada



# PROCEDIMIENTO





# PROCEDIMIENTO

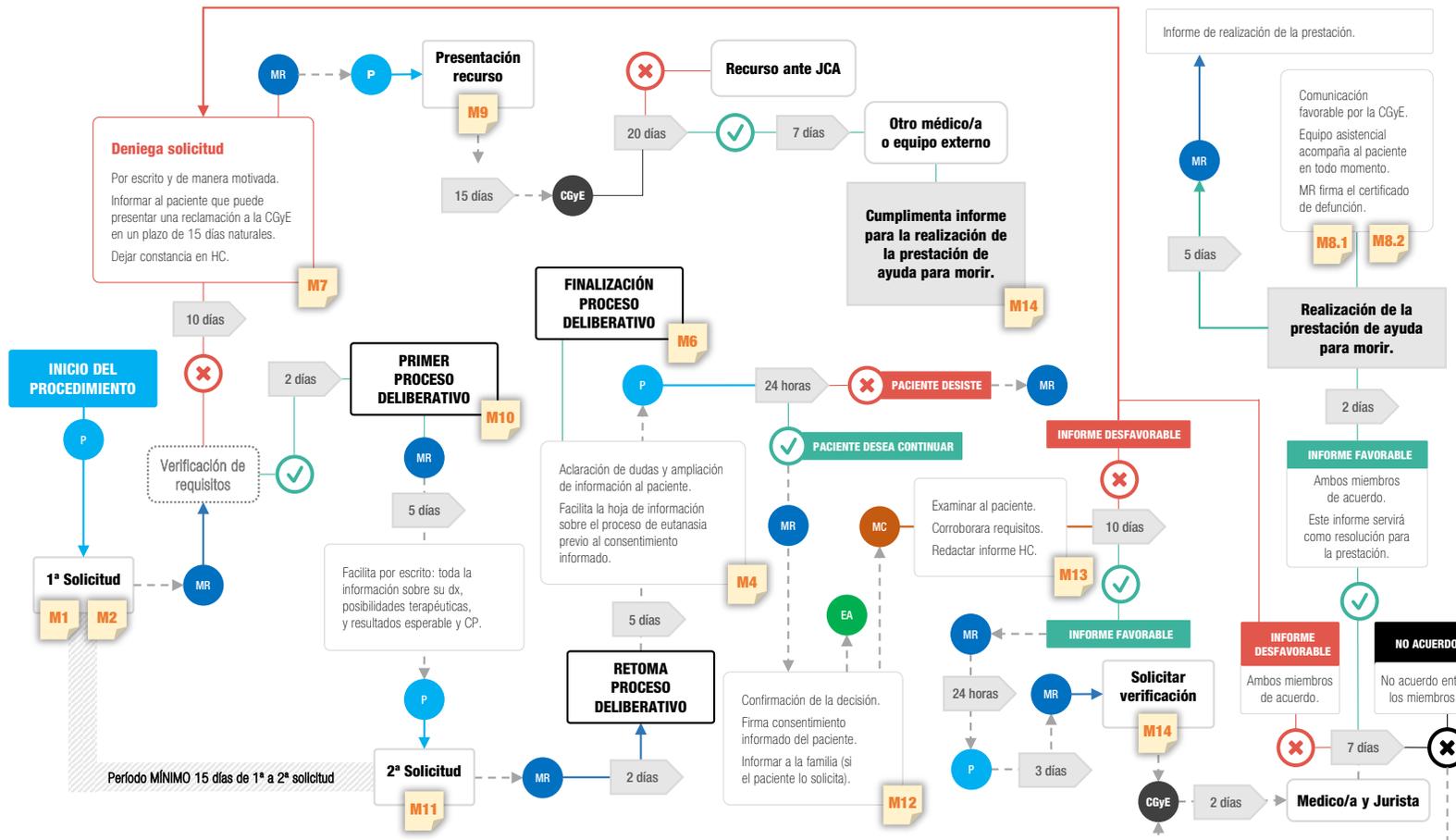


- deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el **plazo máximo de dos días naturales**.

**40 días** desde la primera solicitud hasta que el médico responsable recibe el visto bueno

Tras realizar la prestación de ayuda a morir, el médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación toda la documentación en el plazo de **5 días**

# Anexo I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación



## SÍMBOLOS



## OTROS SÍMBOLOS



## RELACIÓN DE MODELOS\_ Versión: M1/02 Ley Orgánica 3/2021

| MODELO  | DENOMINACIÓN   | REFERENCIA LEY _ OBSERVACIONES   |
|---|--|--|
| <b>1) PROCESO MEDIANTE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS</b> |  |  |
| MODELO 1.1  | <b>SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE</b><br>Presentación por parte del representante legal, otra persona capaz o el médico que lo trata.  | <b>Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia.   |
| MODELO 1.2  | <b>EVALUACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD DE HECHO</b><br>Evaluación de la identidad del solicitante, los criterios de inclusión y la incapacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Incluye anexo herramienta de evaluación ACE. | <b>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</b><br>2. ...La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.   |
| MODELO 1.3  | <b>INFORMACIÓN A LA PERSONA CAPAZ O REPRESENTANTE</b>  | <b>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</b><br>1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:<br>e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.   |
| MODELO 1.4  | <b>DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS / VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL</b>  | <b>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</b><br>2. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable. |

| 2) PROCESO EN EL PACIENTE CAPAZ |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| MODELO 2.1                      | INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PACIENTE QUE DESEA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR   | <i>Documento que contiene toda la información necesaria con el fin de que el paciente pueda tomar una decisión plena e informada sobre su derecho a la prestación de ayuda para morir.</i>  |
| MODELO 2.2                      | EVALUACIÓN MÉDICA DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA DAR CURSO A LA SOLICITUD DE AYUDA PARA MORIR<br><br><i>Evaluación de la identidad del solicitante, los criterios de inclusión y la capacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Incluye anexo herramienta de evaluación ACE.</i> | <i>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</i><br><i>2. ...La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</i>   |
| MODELO 2.3                      | PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR   | <i>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</i><br><i>c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.</i><br><i>Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.</i><br><i>1. La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita. En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, 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 en su presencia.</i><br><i>2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.</i> |
| MODELO 2.4                      | INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º<br><br><i>Plazo máximo de 2 días naturales de recibida la solicitud para iniciar el proceso.</i><br><i>Plazo máximo de 5 días naturales para finalizarlo y entregar información escrita al solicitante.</i>  | <i>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</i><br><i>1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante 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. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales.</i>  |
| MODELO 2.5                      | SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR<br><br><i>Plazo al menos 15 días naturales desde la primera solicitud</i>   | <i>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</i><br><i>c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.</i>   |

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| <b>MODELO 2.6</b>         | <b>INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 2º</b><br><b>Plazo máximo de 2 días naturales para iniciar el 2º proceso deliberativo.</b><br><b>Plazo máximo de 5 días naturales para finalizarlo y entregar información escrita al solicitante.</b>   | <b>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>1. Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.  |
| <b>MODELO 2.7</b>         | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SOLICITANTE</b><br><b>Tras la finalización del 2º proceso deliberativo y el informe favorable del médico consultor. Con este consentimiento, el paciente acepta continuar el proceso.</b>   | <b>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</b><br>1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:<br>e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.<br><b>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>2. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.  |
| <b>3) MODELOS COMUNES</b> |   |  |
| <b>MODELO 3.1</b>         | <b>CONCLUSIONES INFORME MÉDICO CONSULTOR</b><br><b>Plazo 10 días naturales desde la firma de la segunda solicitud para realizar el informe.</b>   | <b>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.<br>4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.  |
| <b>MODELO 3.2</b>         | <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL EQUIPO ASISTENCIAL</b><br><b>Informes de trabajador social, psicólogo u otros profesionales del Equipo Asistencial.</b>   | <b>Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.</b><br>b) Disponer 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.  |
| <b>MODELO 3.3</b>         | <b>SOLICITUD REVOCACIÓN O APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR</b><br><b>En cualquier momento del procedimiento Certificado de aplazamiento de la prestación o desistimiento en cualquier momento del procedimiento o a las 24 horas tras finalizar el 2º proceso deliberativo.</b> | <b>Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.<br><b>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.<br>En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial. |

|   |  |   |
|---|--|---|
| MODELO 3.4  | <b>NOTIFICACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b><br><b>Plazo de 3 días hábiles del informe favorable del médico consultor</b>              | <b>Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.</b><br>5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.  |
| MODELO 3.5  | <b>RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b><br><b>Plazo 15 días de la notificación de la denegación</b>  | <b>Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.</b><br>2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.   |
| <b>3) COMISIÓN DE GARANTÍAS Y EVALUACIÓN</b>                                  |  |   |
| MODELO 4.1  | <b>INFORME DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b><br><b>Plazo máximo de dos días naturales para ponerlo en conocimiento del médico responsable en caso de resolución favorable.</b> | <b>Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.</b><br>3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente. |
| MODELO 4.2  | <b>RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN CUANDO HAY DESACUERDO ENTRE LOS MIEMBROS QUE ELABORARON EL INFORME</b>   | <b>Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.</b><br>3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente. |
| MODELO 4.3  | <b>RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN ANTE LA RECLAMACIÓN DE UNA PERSONA SOLICITANTE (tras la denegación previa del médico responsable o el médico consultor)</b>        | <b>Artículo 18. Funciones (CGyE)</b><br>En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente 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 del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.  |
| <b>5) DOCUMENTOS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR</b> |  |   |
| MODELO 5.1  | <b>DOCUMENTO PRIMERO</b><br><b>Plazo máximo 5 días hábiles de la prestación para comunicar a la CGyEp</b>  | <b>Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.</b><br>Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:<br>a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <p>1.º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.</p> <p>2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.</p> <p>3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.</p> <p>4.º) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.</p>  |
| <b>MODELO 5.2</b>   | <b>DOCUMENTO SEGUNDO</b><br><b>Plazo máximo 5 días hábiles de la prestación para comunicar a la CGyEp</b> | <p><b>Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.</b></p> <p>b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:</p> <p>1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.</p> <p>2.º) Fecha y lugar de la muerte.</p> <p>3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.</p> <p>4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).</p> <p>5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.</p> <p>6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.</p> <p>7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.</p> <p>8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.</p> <p>9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.</p> |
| <b>6) OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR</b> |   |  |
| <b>MODELO 6</b>   | <b>MODELO OBJECCIÓN DE CONCIENCIA</b>   | <p><b>Artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.</b></p> <p>1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.</p> <p>El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.</p> <p>2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.</p>  |



# SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR

Expediente N:

---



## LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Versión: M1/02 (Basado en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia 3/2021)

| Nº  | REALIZADO                | FECHA           | MODELO     | DENOMINACIÓN   |
|---|--------------------------|-----------------|------------|--|
| <b>1) PROCESO MEDIANTE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS</b> |                          |                 |            |  |
| 1.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 1.1 | SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE<br><i>Presentación por parte del representante legal, otra persona capaz o el médico que lo trata.</i>  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 1.2 | EVALUACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD DE HECHO<br><i>Evaluación de la identidad del solicitante, los criterios de inclusión y la incapacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Incluye anexo herramienta de evaluación ACE.</i>   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 1.3 | INFORMACIÓN A LA PERSONA CAPAZ O REPRESENTANTE   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 1.4 | DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS / VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL   |
| <b>2) PROCESO EN EL PACIENTE CAPAZ</b>                        |                          |                 |            |  |
|   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.1 | INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PACIENTE QUE DESEA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR   |
| 2.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.2 | EVALUACIÓN MÉDICA DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA DAR CURSO A LA SOLICITUD DE AYUDA PARA MORIR<br><i>Evaluación de la identidad del solicitante, los criterios de inclusión y la capacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Incluye anexo herramienta de evaluación ACE.</i> |
| 3.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.3 | PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  |
| 4.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.4 | INFORMACIÓN PRIMER PROCESO DELIBERATIVO<br><i>Plazo máximo de 2 días naturales de recibida la solicitud para iniciar el proceso.<br/>Plazo máximo de 5 días naturales para finalizarlo y entregar información escrita al solicitante.</i>  |
| 5.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.5 | SEGUNDA SOLICITUD PRESTACIÓN AYUDA PARA MORIR<br><i>Plazo al menos 15 días naturales desde la primera solicitud.</i>   |
| 6.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.6 | INFORMACIÓN SEGUNDO PROCESO DELIBERATIVO<br><i>Plazo máximo de 2 días naturales para iniciar el 2º proceso deliberativo.<br/>Plazo máximo de 5 días naturales para finalizarlo y entregar información escrita al solicitante.</i>  |
| 7.  | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 2.7 | CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SOLICITANTE<br><i>Tras la finalización del 2º proceso deliberativo y el informe favorable del médico consultor. Con este consentimiento, el paciente acepta continuar el proceso.</i>   |



| 3) MODELOS COMUNES   |                          |                 |            |   |
|--|--------------------------|-----------------|------------|---|
| 1.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 3.1 | <b>CONCLUSIONES INFORME MÉDICO CONSULTOR</b><br>Plazo 10 días naturales desde la firma de la segunda solicitud para realizar el informe.  |
| 2.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 3.2 | <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL EQUIPO ASISTENCIAL</b><br>Informes de trabajador social, psicólogo u otros profesionales del Equipo Asistencial.  |
| 3.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 3.3 | <b>SOLICITUD REVOCACIÓN O APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR</b><br>- En cualquier momento del procedimiento<br>- Certificado de aplazamiento de la prestación o desistimiento en cualquier momento del procedimiento o a las 24 horas tras finalizar el 2º proceso deliberativo. |
| 4.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 3.4 | <b>NOTIFICACIÓN Y TRANSFERENCIA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN (CGyE)</b><br>Plazo de 3 días hábiles tras la firma del consentimiento informado.  |
| 5.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 3.5 | <b>RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN ANTE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b><br>Plazo 15 días de la notificación de la denegación.   |
| 4) COMISIÓN DE GARANTÍAS Y EVALUACIÓN                                  |                          |                 |            |   |
| 1.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 4.1 | <b>INFORME DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN</b><br>Plazo máximo de dos días naturales para ponerlo en conocimiento del médico responsable en caso de resolución favorable.   |
| 2.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 4.2 | <b>RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN CUANDO HAY DESACUERDO ENTRE LOS MIEMBROS QUE ELABORARON EL INFORME</b>  |
| 3.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 4.3 | <b>RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN ANTE LA RECLAMACIÓN DE UNA PERSONA SOLICITANTE (tras la denegación previa del médico responsable o el médico consultor)</b>   |
| 5) DOCUMENTOS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR |                          |                 |            |   |
| 1.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 5.1 | <b>DOCUMENTO PRIMERO</b><br>Plazo máximo 5 días hábiles de la prestación para comunicar a la CGyE.  |
| 2.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 5.2 | <b>DOCUMENTO SEGUNDO</b><br>Plazo máximo 5 días hábiles de la prestación para comunicar a la CGyE.  |
| 6) OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR |                          |                 |            |   |
| 1.   | <input type="checkbox"/> | FECHA:<br>_____ | MODELO 6   | <b>MODELO PARA LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA</b>   |



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL  
PACIENTE**  
  
(Complementar cuando se constate que el solicitante tiene una incapacidad de hecho y ha solicitado la prestación de ayuda para morir en un documento de instrucciones previas u otro documento equivalente legalmente reconocido)

Yo,.....  
con DNI/NIE/PASAPORTE.....  
Y domicilio en (\*) Calle/Avda./Plaza.....  
Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad.....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s .....  
Correo electrónico para notificaciones: .....  
(\* ) Si el representante es el médico que lo trata, indicar la dirección del centro de trabajo.

Mayor de edad y plenamente capaz, **en calidad de:**

- Representante**
- Persona capaz y mayor de edad distinta a su representante**
- Médico:** Nº de colegiado.....

Teniendo en cuenta que **la persona solicitante,**

D/D<sup>a</sup>: .....  
DNI/NIE/Pasaporte: ..... Nacionalidad .....  
Fecha de nacimiento ...../...../..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza) .....  
Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Localidad.....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s .....



no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir y conociendo la existencia de un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital, Voluntades Anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido de fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, el cual adjunto a esta solicitud,

**SOLICITO EN SU NOMBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(Según el artículo 5.2 de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

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

**FIRMA**

Fdo: (Nombre y apellidos)

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

**Artículo 4. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.**

*4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia.*



**EVALUACIÓN MÉDICA DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA RECIBIR  
LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(Evaluación de la identidad del solicitante, el cumplimiento de los criterios de inclusión y la incapacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Se anexa la herramienta de evaluación ACE, como ayuda complementaria a la entrevista que debe realizar el médico responsable. Puede adjuntar informes o solicitarlos a otros profesionales sanitarios, que pueden hacerlos constar por escrito en el modelo 3.2. u otro documento legal)

Yo, \_\_\_\_\_  
**colegiado/a** nº \_\_\_\_\_, **médico/a responsable** del proceso con **DNI** nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad y con lugar de trabajo en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono/s de contacto \_\_\_\_\_

**EXPONGO QUE,**

D/D<sup>a</sup>:.....  
DNI/NIE/Pasaporte:..... Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....  
N°.....Piso.....Puerta.....Código postal.....  
Localidad.....Provincia.....  
Teléfono/s.....

**1º) Posee (adjunta documentación).**

- La nacionalidad española.
- La residencia legal en España.
- Un certificado de empadronamiento que acredita un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- NO cumple con los requisitos de identidad y residencia establecidos.

**2º) Ha realizado un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas u otro documento equivalente legalmente reconocido, donde consta su solicitud de prestación de ayuda para morir en caso de que padezca una incapacidad de hecho y cumpla los requisitos legalmente establecidos.**

### 3º) Presenta los presentes diagnósticos y síntomas que motivan la solicitud (\*)

*(\*) Es importante justificar la solicitud, no solo mencionar la patología que padece, pudiéndose adjuntar informes médicos u otros documentos que colaboren a ello.*

#### **En consecuencia,**

- Cumple los requisitos de la enfermedad** para recibir la prestación de ayuda para morir por presentar:
  - 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.
  - Padecimiento grave, crónico e imposibilitante que hace referencia a limitaciones que inciden 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.
- No cumple los requisitos de la enfermedad o padecimiento** para recibir la prestación de ayuda para morir por:

**4º) Presenta los siguientes signos y síntomas para determinar si tiene una incapacidad de hecho:**

**Por lo que el/la solicitante,**

Para la toma de decisiones Es Capaz  No es capaz

Para firmar documentos Es Capaz  No es capaz

**CERTIFICO QUE LA PERSONA SOLICITANTE**

Cumple los requisitos exigidos para iniciar el proceso de prestación de ayuda para morir.

No cumple los requisitos exigidos para iniciar el proceso de prestación de ayuda para morir, **POR LO QUE SE DENIEGA EL CASO (\*)**.

(\*) Se informa a la persona solicitante que dispone de **15 días naturales** contados a partir de la notificación escrita de esta denegación para presentar, si lo estima conveniente, reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación, quedando enterada y notificada de la misma.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**

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

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

*2. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.*

*La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*



**ANEXO I del modelo 1.3.**  
**Test ACE de ayuda para la evaluación de la capacidad**  
**(Aid to Capacity Evaluation) adaptada a la prestación de ayuda para morir**

|   |  |
|---|--|
| Nombre del/la solicitante: _____  |  |
| Evaluador/a: _____  |  |
| Fecha: _____ Tiempo de realización del test _____   |  |
| <b>I. CRITERIOS QUE EVALÚAN LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO</b>   |  |
| <b>1. Capaz de comprender el problema médico.</b><br>PA(*) ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento?<br>PC(*) ¿Tiene Ud. [patología sobre el que se está evaluando la incapacidad de hecho]?<br>Observaciones (*):  | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>2. Capaz de comprender el procedimiento/tratamiento propuesto</b><br>PA ¿Cuál es el procedimiento/tratamiento de la prestación de ayuda morir?<br>PC En su situación, ¿Podría recibir/someterse a la prestación de ayuda para morir?<br>Observaciones:   | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>3. Capaz de comprender alternativas al procedimiento/tratamiento propuesto</b><br>PA ¿Existe algún otro tratamiento o conducta posible a la prestación de ayuda para morir?<br>PC ¿Podría recibir/someterse a cuidados paliativos u otro tratamiento diferente a la prestación de ayuda para morir [ especificar cual ]?<br>Observaciones: | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>4. Capaz de comprender la opción de rechazar el tratamiento/procedimiento</b><br>PA ¿Qué ocurriría si Ud. cambiara de opinión y no estuviera de acuerdo con comenzar/continuar con su solicitud de prestación de ayuda para morir?<br>PC ¿Se puede Ud. negar a la prestación de ayuda para morir?<br>Observaciones:                        | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |

| <b>II. CRITERIOS QUE EXPLORAN EL RAZONAMIENTO</b>   |  |
|---|--|
| <p><b>5. Consecuencias de aceptar el tratamiento/procedimiento</b></p> <p>PA .¿Qué le pasará si usted inicia el proceso de prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Entiende que la prestación de ayuda para morir le va a causar la muerte y que pueden surgir problemas durante el proceso?</p> <p>Observaciones:</p>  | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <p><b>6. Las consecuencias de rechazar el tratamiento</b></p> <p>PA .¿Sabe qué ocurrirá si usted desiste en su solicitud de la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Sabe Ud. que continuará con la enfermedad que padece si desiste de su solicitud de prestación de ayuda para morir?</p> <p>Observaciones:</p>   | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>III. PATOLOGÍA MENTAL QUE PUEDA AFECTAR LA CAPACIDAD</b><br>(Nunca debe definir incapacidad basándose únicamente en el siguiente apartado. En estos casos se sugiere obtener una evaluación independiente)   |  |
| <p><b>7. Detectar un contexto de depresión</b></p> <p>PA .¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido solicitar la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Siente que está siendo castigado? .¿Cree Ud. que es una mala persona? ¿Siente que merecería ser usted ser tratado? ¿Tiene Ud. alguna esperanza para el futuro?</p> <p>Observaciones:</p>  | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <p><b>8. Detectar un estado de psicosis o delirio</b></p> <p>PA .Puede ayudarme a entender por qué ha decidido solicitar la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? .¿Confía usted en su médico?</p> <p>Observaciones:</p> <p><u>Comentarios</u> (Ej. necesidad de 2ª evaluación, por otro especialista, más información o discusión con el solicitante)</p>              | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>IV. RESULTADO</b>  |  |
| <p><b>Definitivamente capaz</b>    <input type="checkbox"/>                      <b>Probablemente capaz</b>    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Definitivamente incapaz</b>    <input type="checkbox"/>                      <b>Probablemente incapaz</b>    <input type="checkbox"/></p> <p><u>Comentarios</u> (Ej. necesidad de 2ª evaluación, por otro especialista, más información o discusión con el solicitante)</p> |  |

(\* **NOTA:** PA Pregunta Abierta PC Pregunta cerrada. Es recomendable anotar las observaciones que sustentan la puntuación asignada a cada pregunta, incluidas las respuestas exactas del paciente.

Anexo: Instrumento de Ayuda para la Evaluación de la Capacidad (Aid To Capacity Evaluation (ACE), (adaptada a la prestación de ayuda para morir por Jiménez González, J. y cols.) *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 2012, vol.15, n.º1, disponible en URL: [www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf](http://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf)



**INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL/LA REPRESENTANTE O PERSONA CAPAZ QUE PRESENTA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DE UN/A PERSONA SOLICITANTE CON INCAPACIDAD DE HECHO**

A continuación se le solicita su conformidad con la información que ha recibido sobre el proceso asistencial de prestación de la ayuda para morir que la persona que usted representa ha solicitado mediante un documento de instrucciones previas u otro documento legal equivalente.

Este documento incluye un anexo que describe los aspectos más relevantes del procedimiento.

El/la médico/a responsable y todo el equipo asistencial está disponible para resolverle dudas o remitirle al profesional adecuado para que sea informado debidamente.

También tiene derecho a que se le facilite, en el formato adecuado, el Manual de Buenas Prácticas para la aplicación de la Ley de Regulación de la Eutanasia aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Yo,.....  
Con DNI/NIE/PASAPORTE.....  
Con domicilio en Calle/Avda./Plaza.....  
Nº ..... Piso ..... Puerta ..... Código Postal.....  
Localidad y provincia ..... Teléfono/s .....  
Correo electrónico para notificaciones.....

**En calidad de**

- Representante legal designado en el documento de instrucciones previas de la persona solicitante en fecha ...../...../.....e inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de....., con nº de expediente.....
- Persona capaz y mayor de edad

**que presenta la solicitud de prestación de ayuda para morir de**

D/D<sup>a</sup>: ..... DNI/NIE/Pasaporte: .....  
Nacionalidad ..... Fecha de nacimiento .... / ... / ..... Sexo .....  
Con residencia habitual en (Domicilio/centro/unidad/institución sociosanitaria):  
(Calle/Avda./Plaza)..... Nº..... Localidad.....  
Código Postal ..... Provincia .....  
Teléfono/s .....



**MANIFIESTO QUE:**

- En fecha ...../...../..... he presentado la solicitud de prestación de ayuda a morir en favor de la persona solicitante.
- En el documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documento legal equivalente, el/la solicitante manifiesta expresamente el deseo de ejercer su derecho a la prestación de ayuda para morir si se encontrara clínicamente en alguno de los dos supuestos legalmente regulados por la Ley.
- Se ha corroborado la situación de incapacidad de hecho en fecha ...../...../....., conforme a los protocolos de valoración de la capacidad de hecho determinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- He sido informado/a sobre:
  - El **procedimiento y las garantías** establecidos por la Ley para aquellos supuestos en los que el paciente se encuentre en situación de incapacidad de hecho.
  - Las **vías de reclamación** ante denegación de la solicitud del derecho a la prestación de ayuda para morir tanto ante la Comisión de Garantías y Evaluación como ante los órganos judiciales.
  - El **Manual de Buenas Prácticas** para la correcta puesta en práctica de esta Ley, y me han facilitado información sobre los recursos web para su lectura en diversos formatos adaptados.
  - Las **condiciones de realización de la prestación de ayuda a morir** y mi **derecho de acompañamiento** junto a otras personas con vinculación familiar o de hecho. Entiendo que este derecho no puede afectar a la intimidad y respeto del paciente ni afectar a los actos sanitarios y asistenciales de la realización de la prestación.
- La información recibida también se me ha aportado **por escrito**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la representante interlocutor

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la Médico/a Responsable

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

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:  
e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

## **ANEXO I del modelo 1.3**

### **INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL REPRESENTANTE INTERLOCUTOR DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR CON INCAPACIDAD DE HECHO**

La Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia, en vigor desde el 25 de junio de 2021, proporciona el respaldo jurídico a una demanda sostenida de la sociedad actual, garantizando el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas por esta Ley a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir.

#### **1. ¿En qué consiste la prestación de ayuda para morir?**

Un equipo sanitario de financiación pública proporcionará los medios necesarios para finalizar el proceso vital de la persona solicitante una vez que se haya corroborado que cumple rigurosamente con todos los requisitos establecidos en la Ley, previa resolución favorable de la Comisión de Garantías y Evaluación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

#### **2. ¿Cuáles son los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir?**

Son condiciones imprescindibles:

- Ser mayor de edad.
- 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, certificados por el/la médico/a responsable.
- Haber solicitado expresamente la prestación de ayuda para morir en un documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documento legal equivalente, si se encontrara dentro de los supuestos legalmente regulados por la Ley.
- Corroborarse, por parte del/a médico/a responsable y en el inicio del procedimiento, la incapacidad de hecho de la persona solicitante.

#### **3. ¿Qué garantías existen para que tenga una información sólida para y pueda tomar decisiones de una forma plena, libre y genuina?**

Una vez recibida la solicitud de eutanasia, el/la médico/a responsable se reunirá con usted cuanto sea necesario para informarle con detalle de las circunstancias que concurren en la situación de la persona solicitante que está representando, su proceso médico, las diferentes alternativas, posibilidades de actuación y el acceso las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

El propósito de este coloquio es aclararle dudas que puedan surgir sobre el proceso, promover el entorno social y familiar más adecuado y, en definitiva, crear las condiciones que mejor se adecúen al caso.

#### **4. ¿Quién puede ser el/la médico/a responsable del proceso?**

Cualquier médico/a de la sanidad pública, privada, residencias o centros sociosanitarios puede ser el/la médico/a responsable de una prestación de ayuda para morir. Debe saber que un/a médico/a tiene derecho a realizar objeción de conciencia sobre la prestación de ayuda para morir, en general o sobre un caso, que deberá realizar por escrito antes del inicio del proceso.

En el caso de que no se encontrara un/a médico/a que se hiciera responsable de la solicitud, el Servicio Murciano de Salud garantiza el derecho a la prestación mediante un equipo especializado para la prestación de ayuda para morir (EEPAM), que es un grupo de profesionales sanitarios de la sanidad pública, altamente cualificados, que se harían cargo de la prestación.

#### **5. ¿Puede denegarse la solicitud de prestación de ayuda para morir?**

Sí, el/la médico/a responsable puede denegar la solicitud de prestación de ayuda para morir en el caso de que comprobara que no se cumplen rigurosamente todos los requisitos exigidos por la ley, siempre por escrito y de forma motivada.

Así mismo, el/la médico consultor/a designado para la valoración de la persona que representa podría denegar la solicitud tras estudiar su historia clínica, examinarle y haber realizado un informe médico motivado y por escrito.

En este caso tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de quince días naturales desde que el/la médico/a responsable o el/la médico consultor/a le haga saber por escrito la denegación del caso. Para ello comuníquese su decisión, y éste le informará sobre el procedimiento a seguir. La reclamación deberá registrarse.

En el caso de que la Comisión de Garantía y Evaluación realizara un informe desfavorable tras la recepción de su expediente, tiene la posibilidad de reclamar ante la jurisdicción mediante la vía contencioso administrativa.

#### **6. ¿Qué es la Comisión de Garantía y Evaluación del derecho a la prestación de ayuda para morir?**

Es un órgano colegiado multiprofesional que tiene la competencia para el reconocimiento legal del derecho a la prestación de ayuda para morir, realizando un control estricto de legalidad sobre todo el procedimiento seguido. Igualmente, es el órgano ante el cual puede reclamar contra la denegación de su solicitud, si este fuera el caso.

## **7. ¿Qué procedimiento se sigue a la recepción de la solicitud de prestación de ayuda para morir?**

- a) Tras la recepción de la solicitud de prestación de ayuda para morir, el/la médico/a responsable comprobará si la persona solicitante cumple los requisitos legalmente establecidos para acceder a este derecho.
- Si no los cumple, podrá denegar el caso.
  - Si los cumple, continuará el proceso y el/la médico/a responsable pedirá opinión a otro facultativo experto en la enfermedad que padece (denominado médico consultor/a), que deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones legalmente establecidas para acceder a la prestación, estudiando su historia clínica, interrogándole o examinándole, según considere necesario. Ese médico consultor no pertenece al equipo habitual de su médico responsable, y lo evaluará de forma independiente. Tiene el deber de emitir un informe sobre su caso en un periodo máximo de 10 días naturales.
  - Si el informe es favorable, el médico responsable pondrá el caso en conocimiento del Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, mediante informe escrito, al efecto de que se efectúe el control previo de su solicitud por parte de dicha comisión.
- b) Previo al envío del informe a la Comisión de Garantía y Evaluación, el/la médico/a responsable se entrevistará con usted para informarle y aclarar dudas sobre el proceso.
- c) Un/a médico/a y un/a jurista integrantes de dicha comisión verificarán que la solicitud cumple todas las condiciones y los requisitos legalmente establecidos. Si fuera necesario podrán entrevistarse con usted, tras su consentimiento, o con el equipo asistencial que está atendiendo a la persona solicitante para recabar mayor información, siempre con la máxima discreción y pleno respeto a la intimidad personal y familiar de los implicados.

Con la información obtenida, la Comisión de Garantía y Evaluación emitirá un informe:

- Si es desfavorable, la persona solicitante podrá reclamar ante la jurisdicción mediante la vía contencioso-administrativa.
  - Si el dictamen es favorable, se continuará con el procedimiento y este hecho se pondrá en conocimiento del/la médico/a responsable para proceder, en su caso, a realizar la eutanasia. La resolución favorable de la Comisión de Garantías y Evaluación supone el pleno reconocimiento del derecho del paciente a recibir la prestación de ayuda para morir.
- d) Tras el conocimiento por parte del/de la médico/a responsable del informe favorable de la comisión, se pondrá de nuevo en contacto con usted y los familiares de la persona solicitante para promover las circunstancias más adecuadas a la finalización de la prestación de ayuda para morir, así como para elegir el entorno y la forma de administración del fármaco.

## **8. ¿Dónde se realizará la prestación de ayuda para morir?**

Se podrá realizar en centros sanitarios públicos, privados o concertados, o bien en el domicilio, a conveniencia del representante y sus familiares. Cualquiera que sea el lugar elegido para la prestación de la ayuda a morir, tendrán pleno apoyo institucional para garantizar su realización acorde a la ética y la normativa legal. La persona solicitante tiene derecho de acompañamiento de sus familiares y allegados, compatiblemente con los actos sanitarios necesarios para la realización del procedimiento de eutanasia en la modalidad elegida. Si, de acuerdo con la familia y allegados, prefiere que la ayuda para morir sea realizada en su hogar, se garantizará la máxima discreción y respeto a su intimidad personal y familiar.

## **9. ¿Cómo se prestará la ayuda para morir?**

Los profesionales sanitarios realizarán la prestación de ayuda a morir con el máximo cuidado y profesionalidad, aplicando escrupulosamente los protocolos establecidos en la normativa legal.

Tiene derecho a elegir entre dos posibles modalidades de ayuda a morir:

- a) La administración directa de una sustancia letal por parte del personal sanitario.
- b) La prescripción y suministro por parte de personal sanitario de una sustancia letal que la persona solicitante deberá autoadministrarse para causar su muerte, en el caso de que ésta pudiera físicamente hacerlo de forma autónoma.

En ambos casos, tanto si elige que sea un profesional sanitario quien le administre la medicación letal como si elige la autoadministración de la sustancia, el/la médico/a responsable y el resto del equipo sanitario le acompañarán, estarán en constante observación y le darán todo el apoyo hasta el momento de su muerte.

## **10. ¿Existen garantías del derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos durante todo el procedimiento de prestación de ayuda para morir?**

Todo el personal sanitario implicado, el equipo directivo y los integrantes de la Comisión de Garantías y Evaluación están obligados a guardar sigilo y reserva profesional. Los datos personales de la persona solicitante quedan plenamente amparados por la normativa vigente y su derecho a la intimidad quedará salvaguardado en todo momento.

## **11. ¿Puede revocar el deseo que la persona solicitante ha expresado en el documento de instrucciones previas?**

No, no puede revocarse la solicitud de prestación de ayuda para morir que la persona solicitante ha expresado por escrito en un documento de instrucciones previas o documento legal equivalente, aunque haya sido firmado antes de la aprobación de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. En general, la voluntad que una persona expresa en un documento de estas características, solo puede

revocarse cuando expresa un deseo contrario a las reglas que un profesional sanitario debe seguir, o si se demostrara que la voluntad fue expresada mediante coacción o presiones de terceras personas.

Sí que puede **aplazar** la finalización de la prestación de ayuda para morir hasta dos meses después de su aprobación por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Las expresiones de promoción y mejora del proceso serán respetadas de manera plena por el equipo de profesionales sanitarios, que no deberá realizar ningún tipo de actuación dirigida a promover cambios de opinión sin el acuerdo con el/la representante, familiares y allegados. Las decisiones, una vez manifestadas en el marco del derecho, surten pleno efecto. Los profesionales sanitarios anotarán en la historia clínica todas estas circunstancias.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo.: La persona solicitante

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la Médico/a Responsable



## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

En virtud del derecho que reconoce el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

Yo. ...., mayor de edad, con domicilio en c/....., y DNI, nº.....con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis **INSTRUCCIONES PREVIAS:**

### DECLARO:

⇒ **Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:**

- Cáncer diseminado en fase avanzada.
- Daño cerebral grave e irreversible
- Demencia grave debida a cualquier causa.
- Daños encefálicos graves (coma irreversible, estado vegetativo persistente).
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras situaciones (especificar): \_\_\_\_\_

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que **no se prolongue cuando la situación es ya irreversible.**

En relación con lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación, mi voluntad es que:

1. No sean aplicadas - o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.
2. Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que puedan ser causa de dolor, o sufrimiento.

Firma otorgante

3. Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.
4. No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no hayan demostrado su efectividad para mi recuperación y prolonguen futilmente mi vida.

⇒ **En relación con la prestación de ayuda para morir (eutanasia)**

La ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), contempla en artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en un documento de voluntades anticipadas. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, esta persona será el interlocutor válido para el médico responsable.

Esto permitiría que, si en un futuro usted cumple con los requisitos que marca la LORE, pero no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de eutanasia, podría presentarla en su nombre otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola de su documento de voluntades anticipadas. En caso de que no exista ninguna persona que pueda hacer la solicitud en su nombre, el médico que lo trata podrá presentarla.

**Si este es su deseo, MARQUE LA CASILLA.** En caso contrario, no es necesario que marque nada.

“Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en la misma”.

En el caso que el personal profesional sanitario que me atienda alegue motivos de **objeción de conciencia** para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, **SOLICITO** ser atendido por otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

⇒ Si estoy EMBARAZADA en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones anteriormente citadas, mi voluntad es que la validez de este Documento **QUEDE / NO QUEDE** en suspenso hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto (*Tache lo que no proceda*)

Firma otorgante

⇒ **Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:**

- Donación de órganos y tejidos. (Marque lo que proceda)
  - Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten.
  - Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para investigación.
  - Manifiesto que NO se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas, ni para investigación.
  
- Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea: (Marque lo que proceda)
  - Inhumado.
  - Incinerado.
  - Donado a la ciencia.
  
- Deseo recibir asistencia espiritual (especificar tipo): \_\_\_\_\_
  
- Lugar donde se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,...): \_\_\_\_\_
  
- Otras. \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Firma otorgante

## NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE. (opcional)

Designo mi representante a D/Dña. ....con domicilio en C/. .....y DNI nº .....para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones previas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en el. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garantizador de mi voluntad expresada en el presente documento.

### ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE.

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de.....en el caso de que este no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que me afecta.

Firma representante

Firma del otorgante representado

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |   |
|--|---|
| <b>Responsable</b>                               | <i>Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i>   |
| <b>Finalidad</b>                                 | <i>Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.</i>   |
| <b>Legitimación</b>                              | <i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i> |
| <b>Destinatarios</b>                             | <i>Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</i>   |

## DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.

Los abajo firmantes, mayores de edad, con plena capacidad de obrar, declaramos que el otorgante es mayor de edad, actúa libremente y no nos consta que esté incapacitado judicialmente, así como que, en nuestra presencia, ha firmado el documento.

### **Testigo primero.**

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

### **Testigo segundo.**

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

### **Testigo tercero.**

Nombre y apellidos. \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dirección. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |   |
|--|---|
| <b>Responsable</b>                               | <i>Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i>   |
| <b>Finalidad</b>                                 | <i>Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.</i>   |
| <b>Legitimación</b>                              | <i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i> |
| <b>Destinatarios</b>                             | <i>Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</i>   |

# DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LOS DATOS

(EN CASO DE FORMALIZACIÓN ANTE TRES TESTIGOS)

Nombre y apellidos de la persona otorgante: .....

Nº. de D.N.I., pasaporte u otro documento de identidad:.....

DECLARO que al menos dos de los testigos ante los que formalizo el Documento de Instrucciones Previas no están ligados conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial alguna.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Firma del otorgante:.....

| <b>INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |   |
|--|---|
| <b>Responsable</b>                               | <i>Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i>   |
| <b>Finalidad</b>                                 | <i>Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.</i>   |
| <b>Legitimación</b>                              | <i>Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.</i> |
| <b>Destinatarios</b>                             | <i>Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.</i>   |



## **INFORMACIÓN BÁSICA PARA EL PACIENTE QUE DESEA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

**Este documento describe los aspectos más relevantes del proceso asistencial de prestación de la ayuda para morir, para que usted pueda tomar una decisión plenamente consciente e informada en el momento de ejercer su derecho a solicitarla.**

**Todo el equipo asistencial está disponible para resolverle sus dudas o remitirle al profesional adecuado para que sea informado debidamente.**

**También tiene derecho a que se le facilite, en el formato adecuado, el Manual de Buenas Prácticas para la aplicación de la Ley de Regulación de la Eutanasia aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**

La Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia, en vigor desde el 25 de junio de 2021, proporciona el respaldo jurídico a una demanda sostenida de la sociedad actual, garantizando el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas por esta Ley a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir.

### **1. ¿En qué consiste la prestación de ayuda para morir?**

Un equipo sanitario de financiación pública le proporcionará los medios necesarios para finalizar su proceso vital una vez que haya manifestado su firme deseo de morir y cumpla rigurosamente con todos los requisitos establecidos en la Ley, previa resolución favorable de la Comisión de Garantías y Evaluación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

### **2. ¿Cuáles son los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir?**

Son condiciones imprescindibles:

- 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, certificados por el médico responsable y por un médico consultor.
- Prestar consentimiento informado por escrito tras el proceso de entrevistas con el médico responsable.

### **3. ¿Qué garantías existen para que tenga una información sólida y pueda tomar una plena, libre y genuina decisión?**

Una vez recibida la solicitud de eutanasia, el médico responsable se reunirá con usted para examinar en detalle las circunstancias que concurren en su situación concreta e identificar posibles alternativas de afrontamiento de sus problemas de salud. El propósito de este coloquio es que pueda elegir de forma consciente y adecuada la solución que considere será la mejor en su caso.

Con el fin de que pueda proseguir con comodidad este análisis y reflexión en los días siguientes, se le dará por escrito la información pertinente disponible sobre:

- Su proceso médico.
- Las diferentes alternativas y posibilidades de actuación.
- El acceso a los cuidados paliativos integrales disponibles.
- El acceso las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

### **4. ¿Quién puede ser el médico responsable del proceso?**

Cualquier médico de la sanidad pública, privada, residencias o centros sociosanitarios puede ser el médico responsable de su solicitud. Debe saber que un médico tiene derecho a realizar objeción de conciencia sobre la prestación de ayuda para morir, en general o sobre su propio caso, y deberá realizar por escrito antes del inicio de su proceso.

En el caso de que no encontrara un médico que se haga responsable de su solicitud, el Servicio Murciano de Salud le garantiza el derecho a la prestación mediante un equipo especializado para la prestación de ayuda para morir (EEPAM), que es un grupo de profesionales sanitarios de la sanidad pública, altamente cualificados, que se harán cargo de la prestación. Su médico habitual le pondrá en contacto con ellos si fuera necesario.

### **5. ¿Puede denegarse la solicitud de prestación de ayuda para morir?**

Sí, el médico responsable puede denegar la solicitud de 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.

Así mismo, el médico consultor designado para la valoración de su caso podría denegar la solicitud tras estudiar su historia clínica, examinarle y haber realizado un informe médico motivado y por escrito.

En ambos casos tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación de la Región de Murcia en el plazo máximo de quince días naturales desde que el médico/a responsable o el/la médico/a consultor/a le haga saber por escrito la denegación del caso. Para ello,

comunique su decisión al médico responsable, que le informará sobre el procedimiento. La reclamación debe registrarse.

En el caso de que la Comisión de Garantía y Evaluación realizara un informe desfavorable tras la recepción de su expediente, tiene la posibilidad de reclamar ante la jurisdicción mediante la vía contencioso administrativa.

## **6. ¿Qué es la Comisión de Garantía y Evaluación del derecho a la prestación de ayuda para morir?**

Es un órgano colegiado multiprofesional que tiene la competencia para el reconocimiento legal del derecho a la prestación de ayuda para morir, realizando un control estricto de legalidad sobre todo el procedimiento seguido. Igualmente, es el órgano ante el cual el paciente puede reclamar contra la denegación de su solicitud, si este fuera el caso.

## **7. ¿Qué procedimiento se sigue a la recepción de la solicitud de prestación de ayuda para morir?**

a) El médico responsable se reunirá con usted tras la firma de su primera solicitud, para hablar de las características de su enfermedad, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, posibles cuidados paliativos, etc. (primer proceso deliberativo). Es importante que comprenda toda la información que se le facilita, tanto la verbal como aquella que se le proporcionará por escrito o en cualquier otro formato.

b) Tras un periodo obligatorio de reflexión de 15 días naturales, si se ratifica en su decisión deberá firmar una segunda solicitud, y el médico responsable volverá a hablar con usted para atender cualquier duda o ampliar la información que pueda necesitar (segundo proceso deliberativo).

c) A las 24 horas de finalizar las dos fases mencionadas anteriormente, deberá comunicar su decisión definitiva al médico responsable:

- Podrá desistir y revocar su solicitud de eutanasia firmando el documento correspondiente o bien,
- Podrá ratificar su intención de seguir con la solicitud de eutanasia y firmar el documento de consentimiento informado para recibir la ayuda para morir.

Tras la firma de su segunda solicitud, el médico responsable pedirá opinión a otro facultativo experto en la enfermedad que padece (denominado médico consultor), que deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones legalmente establecidas para acceder a la prestación, estudiando su historia clínica, interrogándole o examinándole, según considere necesario. Ese médico consultor no pertenece al equipo habitual de su médico responsable, y lo evaluará de forma independiente. Tiene el deber de emitir un informe sobre su caso en un periodo máximo de 10 días naturales.

- Como quedó dicho anteriormente, si el informe del médico consultor fuera desfavorable por considerar que la solicitud no es acorde a la normativa legal, el paciente podrá presentar una

reclamación ante la Comisión de Garantías y Evaluación de la Región de Murcia de forma similar a la que le hemos informado previamente.

- Si el médico consultor da el visto bueno a la solicitud de eutanasia, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, mediante informe escrito, al efecto de que se efectúe el control previo de su solicitud por parte de dicha comisión.

d) Un médico y un jurista integrantes de dicha comisión verificarán que la solicitud cumple todas las condiciones y los requisitos legalmente establecidos. Si fuera necesario podrán entrevistarse con usted, tras su consentimiento, o con el equipo asistencial que le está atendiendo para recabar mayor información, siempre con la máxima discreción y pleno respeto a la intimidad personal y familiar de los implicados.

Con la información obtenida, el pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación emitirá un informe:

- Si es desfavorable, el paciente podrá reclamar ante la jurisdicción mediante la vía contencioso-administrativa.

- Si el dictamen es favorable, se continuará con el procedimiento y este hecho se pondrá en conocimiento del médico responsable para proceder, en su caso, a realizar la eutanasia. La resolución favorable de la Comisión de Garantías y Evaluación supone el pleno reconocimiento del derecho del paciente a recibir la prestación de ayuda para morir.

## **8. ¿Dónde se realizará la prestación de ayuda para morir?**

Se podrá realizar en centros sanitarios públicos, privados o concertados, o bien en el domicilio, a conveniencia del paciente y sus familiares. Cualquiera que sea el lugar elegido para la prestación de la ayuda a morir, usted tendrá el pleno apoyo institucional para garantizar su realización acorde a la ética y la normativa legal. También tiene derecho de acompañamiento de sus familiares y allegados, compatiblemente con los actos sanitarios necesarios para la realización del procedimiento de eutanasia en la modalidad elegida. Si prefiere que la ayuda para morir sea realizada en su hogar, se garantizará la máxima discreción y respeto a su intimidad personal y familiar.

## **9. ¿Cómo se prestará la ayuda para morir?**

Los profesionales sanitarios realizarán la prestación de ayuda a morir con el máximo cuidado y profesionalidad, aplicando escrupulosamente los protocolos establecidos en la normativa legal.

Tiene derecho a elegir entre dos posibles modalidades de ayuda a morir:

a) La administración directa de una sustancia letal por parte del personal sanitario.

b) La prescripción y suministro por parte de personal sanitario de una sustancia letal que usted deberá autoadministrarse para causar su muerte.

En ambos casos, tanto si elige que sea un profesional sanitario quien le administre la medicación letal como si elige la autoadministración de la sustancia, el médico responsable y el resto del equipo

sanitario le acompañarán, estarán en constante observación y le darán todo el apoyo hasta el momento de su muerte.

**10. ¿Existen garantías del derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos durante todo el procedimiento de prestación de ayuda para morir?**

Todo el personal sanitario implicado, el equipo directivo y los integrantes de la Comisión de Garantías y Evaluación están obligados a guardar sigilo y reserva profesional. Los datos personales del paciente quedan plenamente amparados por la normativa vigente y su derecho a la intimidad quedará salvaguardado en todo momento.

**11. ¿Puede revocar sus decisiones?**

Usted tiene pleno derecho a desistir de su solicitud en cualquier momento a lo largo del proceso, hasta el mismo instante de la administración del fármaco letal por parte de un profesional sanitario o no tomar el fármaco si ha elegido administrárselo usted mismo. Podrá manifestar al médico responsable, al equipo de enfermería o cualquier otro miembro del equipo asistencial, de manera verbal o por escrito, su voluntad de renunciar o revocar su decisión inicial de recibir la ayuda para morir. Como le hemos mencionado anteriormente, a las 24 horas de finalizar el proceso deliberativo que inició tras firmar la 2ª solicitud, deberá confirmar al médico responsable si continua o desiste su proceso de prestación de ayuda para morir.

Puede también **aplazar** la finalización de la prestación de ayuda para morir hasta dos meses después de su aprobación por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Estas expresiones de voluntad (desistir, rechazar y renunciar) serán respetadas de manera plena por el equipo de profesionales sanitarios, que no deberá realizar ningún tipo de actuación dirigida a hacer cambiar de opinión al paciente. La decisión del paciente, una vez manifestada en el marco del derecho, surte pleno efecto. Los profesionales sanitarios anotarán en la historia clínica todas estas circunstancias.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo.: La persona solicitante

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la Médico/a Responsable



**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**  
(Evaluación de la identidad del solicitante, el cumplimiento de los criterios de inclusión y la capacidad de hecho de la persona para acceder a la prestación de ayuda para morir. Se anexa la herramienta de evaluación ACE, como ayuda complementaria a la entrevista que debe realizar el médico responsable. Puede adjuntar informes o solicitarlos a otros profesionales sanitarios, que pueden hacerlos constar por escrito en el modelo 3.2. u otro documento legal)

Yo, \_\_\_\_\_  
**colegiado/a** nº \_\_\_\_\_, **médico/a responsable** del proceso con **DNI** nº \_\_\_\_\_ mayor de edad y con lugar de trabajo en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono/s de contacto \_\_\_\_\_

**EXPONGO QUE,**

D/Dª:.....  
DNI/NIE/Pasaporte:.....Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../ ..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....  
Nº.....Piso.....Puerta.....Código postal.....  
Localidad.....Provincia.....  
Teléfono/s.....

**1º) Posee (adjunta documentación).**

- La nacionalidad española.
- La residencia legal en España
- Un certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- NO cumple con los requisitos de identidad y residencia establecidos.

**2º) Ha formulado la solicitud de prestación de ayuda para morir de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa.**

**3º) Presenta los presentes diagnósticos y síntomas que motivan la solicitud (\*):**

*(\*) Es importante justificar la solicitud, no solo mencionar la patología que padece, pudiéndose adjuntar informes médicos u otros documentos que colaboren a ello.*

**En consecuencia,**

- Cumple los requisitos de la enfermedad** para recibir la prestación de ayuda para morir por presentar:
  - 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.
  - Padecimiento grave, crónico e imposibilitante que hace referencia a limitaciones que inciden 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.
- No cumple los requisitos de la enfermedad o padecimiento** para recibir la prestación de ayuda para morir por:

**4º) Presenta los siguientes signos/síntomas para valorar la incapacidad de hecho:**

**Por lo que el/la solicitante,**

Para la toma de decisiones Es Capaz  No es capaz

Para firmar documentos Es Capaz  No es capaz

### **CERTIFICO QUE LA PERSONA SOLICITANTE**

Cumple los requisitos exigidos para iniciar el proceso de prestación de ayuda para morir.

No cumple los requisitos exigidos para iniciar el proceso de prestación de ayuda para morir, POR LO QUE SE DENIEGA EL CASO (\*).

(\*) Se informa a la persona solicitante que dispone de **15 días naturales** contados a partir de la notificación escrita de esta denegación para presentar, si lo estima conveniente, reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación, quedando enterada y notificada de la misma.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**

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

*Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.*

*2. ...La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*



**ANEXO I del modelo 1.3.**  
**Test ACE de ayuda para la evaluación de la capacidad**  
**(Aid to Capacity Evaluation) adaptada a la prestación de ayuda para morir**

|   |   |
|---|---|
| Nombre del/la solicitante: _____  |   |
| Evaluador/a: _____  |   |
| Fecha: _____ Tiempo de realización del test _____   |   |
| <b>I. CRITERIOS QUE EVALÚAN LA CAPACIDAD DE ENTENDIMIENTO</b>   |   |
| <b>1. Capaz de comprender el problema médico.</b><br>PA(*) ¿Qué problemas está teniendo Ud. en este momento?<br>PC(*) ¿Tiene Ud. [patología sobre el que se está evaluando la incapacidad de hecho]?<br>Observaciones (*):  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> Dudoso<br><input type="checkbox"/> No |
| <b>2. Capaz de comprender el procedimiento/tratamiento propuesto</b><br>PA ¿Cuál es el procedimiento/tratamiento de la prestación de ayuda morir?<br>PC En su situación, ¿Podría recibir/someterse a la prestación de ayuda para morir?<br>Observaciones:   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> Dudoso<br><input type="checkbox"/> No |
| <b>3. Capaz de comprender alternativas al procedimiento/tratamiento propuesto</b><br>PA ¿Existe algún otro tratamiento o conducta posible a la prestación de ayuda para morir?<br>PC ¿Podría recibir/someterse a cuidados paliativos u otro tratamiento diferente a la prestación de ayuda para morir [ especificar cual ]?<br>Observaciones: | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> Dudoso<br><input type="checkbox"/> No |
| <b>4. Capaz de comprender la opción de rechazar el tratamiento/procedimiento</b><br>PA ¿Qué ocurriría si Ud. cambiara de opinión y no estuviera de acuerdo con comenzar/continuar con su solicitud de prestación de ayuda para morir?<br>PC ¿Se puede Ud. negar a la prestación de ayuda para morir?<br>Observaciones:                        | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> Dudoso<br><input type="checkbox"/> No |

| <b>II. CRITERIOS QUE EXPLORAN EL RAZONAMIENTO</b>   |  |
|---|--|
| <p><b>5. Consecuencias de aceptar el tratamiento/procedimiento</b></p> <p>PA .¿Qué le pasará si usted inicia el proceso de prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Entiende que la prestación de ayuda para morir le va a causar la muerte y que pueden surgir problemas durante el proceso?</p> <p>Observaciones:</p>  | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <p><b>6. Las consecuencias de rechazar el tratamiento</b></p> <p>PA .¿Sabe qué ocurrirá si usted desiste en su solicitud de la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Sabe Ud. que continuará con la enfermedad que padece si desiste de su solicitud de prestación de ayuda para morir?</p> <p>Observaciones:</p>   | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>III. PATOLOGÍA MENTAL QUE PUEDA AFECTAR LA CAPACIDAD</b><br>(Nunca debe definir incapacidad basándose únicamente en el siguiente apartado. En estos casos se sugiere obtener una evaluación independiente)   |  |
| <p><b>7. Detectar un contexto de depresión</b></p> <p>PA .¿Puede ayudarme a entender por qué ha decidido solicitar la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Siente que está siendo castigado? .¿Cree Ud. que es una mala persona? ¿Siente que merecería ser usted ser tratado? ¿Tiene Ud. alguna esperanza para el futuro?</p> <p>Observaciones:</p>  | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <p><b>8. Detectar un estado de psicosis o delirio</b></p> <p>PA .Puede ayudarme a entender por qué ha decidido solicitar la prestación de ayuda para morir?</p> <p>PC .¿Cree que alguien está tratando de perjudicarlo? .¿Confía usted en su médico?</p> <p>Observaciones:</p> <p><u>Comentarios</u> (Ej. necesidad de 2ª evaluación, por otro especialista, más información o discusión con el solicitante)</p>              | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b><br><input type="checkbox"/> <b>Dudoso</b><br><input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| <b>IV. RESULTADO</b>  |  |
| <p><b>Definitivamente capaz</b>    <input type="checkbox"/>                      <b>Probablemente capaz</b>    <input type="checkbox"/></p> <p><b>Definitivamente incapaz</b>    <input type="checkbox"/>                      <b>Probablemente incapaz</b>    <input type="checkbox"/></p> <p><u>Comentarios</u> (Ej. necesidad de 2ª evaluación, por otro especialista, más información o discusión con el solicitante)</p> |  |

(\*) **NOTA:** PA Pregunta Abierta PC Pregunta cerrada. Es recomendable anotar las observaciones que sustentan la puntuación asignada a cada pregunta, incluidas las respuestas exactas del paciente.

Anexo: Instrumento de Ayuda para la Evaluación de la Capacidad (Aid To Capacity Evaluation (ACE), (adaptada a la prestación de ayuda para morir por Jiménez González, J. y cols.) *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 2012, vol.15, n.º1, disponible en URL: [www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf](http://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf)



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª Solicitud**

La solicitud debe ser firmada por el solicitante y en presencia de un profesional sanitario, que rubricará la solicitud. Si hay imposibilidad física y justificada de la firma del solicitante, debe ser firmada en su nombre por otra persona capaz y mayor de edad, o usar otros medios que dejen constancia inequívoca de ella.

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (Calle, Avda., Plaza) \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARO**

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud
- Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud
- Que estimo que sufro una enfermedad que cumple los requisitos establecidos por la ley.

**SOLICITO, POR PRIMERA VEZ**

**La prestación de ayuda para morir**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**FIRMA**

**FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD** (en caso de imposibilidad física de la firma del solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

Que \_\_\_\_\_ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**FIRMA**

**FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD** (por imposibilidad de firma del solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

**DECLARO**

Que el/a solicitante no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para lo cual firmo en su nombre y en su presencia, el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

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

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.** c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

**Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.** 1. La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita. En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, 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 en su presencia. 2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.



**INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º**

Iniciar el proceso en un plazo máximo de 2 días naturales tras recibir la primera solicitud de prestación de ayuda a morir. Facilitar una copia escrita al paciente en el plazo máximo de 5 días naturales

Yo, \_\_\_\_\_ colegiado/a nº \_\_\_\_\_,  
con lugar de trabajo en \_\_\_\_\_ y médico/a  
responsable del proceso de ayuda para morir que solicita D./D<sup>a</sup>  
\_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_ mayor  
de edad y domicilio en C/Plza \_\_\_\_\_  
Piso \_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Tras recibir y valorar la primera solicitud de prestación de ayuda a morir por parte de la  
persona solicitante arriba indicada en fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CERTIFICO QUE,**

**1º) Se ha llevado a cabo con la persona solicitante un proceso deliberativo que se resume en lo siguiente (\*):**

**Diagnóstico:**

**Posibilidades terapéuticas y resultados esperables:**

**Posibles cuidados paliativos:**

**Conclusiones y comentarios respecto al proceso deliberativo:**

(\*) Puede adjuntar todo informe o documento que sea necesario

**2º) La persona solicitante ha comprendido la información solicitada, y ha recibido por escrito junto a una copia escrita de este documento.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo.: La persona solicitante (\*\*)

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la Médico/a Responsable

(\*\*) O, en su nombre, si hay incapacidad física justificable, la persona capaz y mayor de edad,

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

**Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante 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. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales.



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 2ª Solicitud**

La solicitud debe ser firmada por el solicitante y en presencia de un profesional sanitario, que rubricará la solicitud. Si hay imposibilidad física y justificada de la firma del solicitante, debe ser firmada en su nombre por otra persona capaz y mayor de edad, o usar otros medios que dejen constancia inequívoca de ella.

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (Calle, Avda., Plaza) \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARO**

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud
- Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud
- Que, con fecha \_\_\_\_\_ solicité por primera vez la prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha \_\_\_\_\_ llevé a cabo el correspondiente proceso deliberativo, disponiendo por escrito de la información sobre mi 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.

Habiendo transcurridos más de 15 días naturales desde mi primera solicitud,

**SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ**

**La Prestación de ayuda para morir**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo.: La persona solicitante (\*)

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la Médico/a Responsable

**FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD** (imposibilidad física de firma por el/la solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

Que \_\_\_\_\_ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, y en su presencia el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

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

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.c)** Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.



### INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 2º

En un plazo máximo de 2 días naturales tras la firma de la segunda solicitud de prestación de ayuda a morir. Facilitar copia escrita al/a la solicitante en un plazo máximo de 5 días naturales

Yo, \_\_\_\_\_ colegiado/a nº \_\_\_\_\_,  
Médico/a Responsable del/la Paciente \_\_\_\_\_ con  
DNI nº \_\_\_\_\_ mayor de edad y domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
Calle/Piso/Plaza) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Tras recibir la segunda solicitud de prestación de ayuda a morir por parte de la persona solicitante paciente arriba indicada en fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### CERTIFICO QUE,

1º) Se ha llevado a cabo con la persona solicitante un segundo proceso deliberativo donde se han resuelto dudas o necesidades de ampliación de información respecto a:

**Diagnóstico:**

**Posibilidades terapéuticas y resultados esperables:**

**Posibles cuidados paliativos:**

**Conclusiones y comentarios respecto al proceso deliberativo:**

**2º) Que la persona solicitante ha comprendido la información solicitada, y ha recibido por escrito junto a una copia escrita de este documento.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Fdo.: La persona solicitante (\*)

\_\_\_\_\_  
Fdo.: El/la Médico/a Responsable

(\*) O, en su nombre y si hay incapacidad física justificable, la persona capaz y mayor de edad,

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

**Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

*1. Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.*



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Tras la finalización del proceso deliberativo entre el médico responsable y la persona solicitante, y el informe favorable del médico consultor. Con este consentimiento, el paciente acepta continuar el proceso.

### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

D. /Dña.: \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_:  
Domicilio: C/ \_\_\_\_\_ N<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

- He sido informado/a adecuadamente, de **forma verbal y por escrito**, por el equipo sanitario responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión de **forma voluntaria, libre y consciente**.
- He recibido una copia escrita de la información, en la que se incluye la información que existe actualmente, **sobre mi 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 a las que tengo derecho**, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia.

Esta documentación se me ha facilitado en formatos adecuados y adaptados.

- He **formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito**, o por otro medio que permita dejar constancia (*Indicar otros medios*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Que mi voluntad la ejerzo **con absoluta libertad de decisión y sin presión externa** de cualquier índole.



- El **médico/a responsable** ha **certificado**:
  - que **sufro una enfermedad grave e incurable.**
  - que **sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.**

Que asocia un sufrimiento constante e insoportable.
- El **médico/a consultor** ha **corroborado que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.
- **He sido informado de mi derecho a:**
  - Elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir:
    - ✓ La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. **En este caso el médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.**
    - ✓ La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. **En este caso, el médico/a responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.**
  - **Desistir** en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso una **vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido** por la Comisión de Garantías y Evaluación de mi Comunidad Autónoma. Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.
  - **Conocer el procedimiento de la Comisión de Garantías y Evaluación de la Región de Murcia**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión, tras una evaluación escrupulosa del cumplimiento de los requisitos legales que sustentan mi solicitud.
  - **Reclamar ante la Comisión de Garantías y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales** de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor de que **mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.**
  - **Mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable** para aclarar cualquier duda.



- Ser acompañado por la **persona o personas** que determine, durante la realización de la prestación de ayuda a morir.
- **Aplazar la efectiva realización** de la prestación de ayuda a morir hasta dos meses tras el informe favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación..
- Que la prestación de ayuda a morir se haga con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

### 3.- OTRAS INSTRUCCIONES QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

En virtud del derecho que se me reconoce en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, es **mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento:**

Se puedan utilizar mis **órganos y tejidos para ser trasplantados** a otras personas que los necesiten.

Se puedan utilizar mis **órganos y tejidos para investigación**

Mi **cuerpo sea donado a la ciencia.**

**Otras consideraciones:**

### CON TODA LA PREVIA INFORMACIÓN:

Transcurridas 24 horas de la finalización del proceso deliberativo con el médico/a responsable **EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR**, que será comunicada al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.



Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_

Fdo: La persona solicitante

\_\_\_\_\_

Fdo: El/la Médico/a Responsable.

Empty rectangular box for additional information or notes.

**Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**  
**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**  
1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:  
e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.  
**Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**  
2. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.



Región de Murcia  
Consejería de Salud

**MODELO 2.7**  
**Versión: M1/02**

**Art.5.1.e) y 8.2 Ley Orgánica 3/2021**

**EXPEDIENTE N°**

---



### INFORME MÉDICO/A CONSULTOR

Se recomienda informe adjunto si fuera preciso, y no ceñirse al espacio del documento

Yo, \_\_\_\_\_ colegiado/a nº \_\_\_\_\_,  
Médico/a Consultor/a designado para valorar la solicitud de prestación de ayuda para morir  
de D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad y domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
Calle/Piso/Plaza) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### CERTIFICO,

1º) Que poseo formación específica en el ámbito de las patologías que padece la persona solicitante y no pertenezco al mismo equipo del médico responsable.

2º) Tras estudiar la historia clínica y examinar a la persona solicitante arriba indicada,  
**CONCLUYO QUE (\*)**:

(\*) *Es importante motivar las conclusiones del informe, de cara a la aceptación o denegación del proceso por la Comisión de Garantía y evaluación.*

**POR TANTO,**

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

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA MÉDICO/A CONSULTOR/A**

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

**Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

*3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.*

*4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.*



**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL EQUIPO ASISTENCIAL**  
Destinado a agregar información de los miembros del equipo asistencial respecto a la persona solicitante y las circunstancias particulares del proceso (médico, enfermería, psicólogo clínico u otros).  
Se recomienda por su importancia el informe del trabajador social .

D./D<sup>a</sup>.....  
Profesión.....Nº de colegiado/a.....  
Especialidad.....  
Lugar de trabajo.....

Al objeto de agregar información complementaria respecto a la **persona solicitante** del presente proceso de ayuda para morir,

D/D<sup>a</sup>:.....  
DNI/NIE/Pasaporte:.....Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../ ..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....  
Nº.....Piso.....Puerta.....Código postal.....  
Localidad.....Provincia.....  
Teléfono/s.....

Emite el siguiente **INFORME** (Indicar si se emite en archivo adjunto)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

Fdo. Profesional del equipo asistencial

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

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

*c) Disponer 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.*



**SOLICITUD REVOCACIÓN O APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA  
A MORIR**

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_ Nª \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

Que presentada mi solicitud de prestación de ayuda para morir en fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**SOLICITO:**

- LA **REVOCACIÓN** DE DICHA SOLICITUD(\*)

(\*) Solo puede ser realizada por un/una solicitante consciente y con capacidad de hecho.

- EL **APLAZAMIENTO** DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR A LA SIGUIENTE FECHA (\*\*) \_\_\_\_\_

(\*\*) Máximo **dos meses** desde la aprobación por la Comisión de Garantías y Evaluación

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA DEL/A SOLICITANTE**

**FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD** (por imposibilidad de firma del solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

**DECLARO**

Que el/a solicitante no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones: \_\_\_\_\_

Para lo cual firmo en su nombre y en su presencia, el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

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

**Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.**

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.



### NOTIFICACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

*En el plazo de 3 días hábiles desde el recibimiento del informe favorable del médico consultor, el médico responsable o el profesional de enlace del Área deben enviar este modelo y el resto del expediente por correo electrónico al Secretario de la Comisión*

Yo, \_\_\_\_\_ colegiado/a nº \_\_\_\_\_,  
Médico/a Responsable del/la paciente \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_  
solicitante de la prestación ayuda para morir, **pongo en conocimiento del Presidente de Comisión de Garantía y Evaluación que se han realizado los procedimientos previos establecidos legalmente para la evaluación de dicha solicitud.** Se remite la documentación correspondiente detallada en el listado a continuación, para someterla a la verificación de la Comisión prevista en el artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021:

#### ANTECEDENTES DEL PROCESO:

- Presentada **1ª solicitud** con fecha \_\_\_\_\_
- Realizado **1º proceso deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_
- Presentada **2ª solicitud** con fecha \_\_\_\_\_
- Realizado **2º proceso deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_
- Informe favorable del **médico consultor** con fecha \_\_\_\_\_
- Firmado **consentimiento informado** con fecha \_\_\_\_\_

#### OTROS DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS ADJUNTOS:

- Identificación del paciente (DNI o lo que proceda)
- Documento de Voluntades Anticipadas
- Otros (*Especificar*) \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

#### FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

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

**Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.**

*5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.*



**RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA  
PARA MORIR**

(Dispone de 15 días naturales contados a partir de la notificación al/a la solicitante de la denegación de la prestación de ayuda a morir. Deberá registrarla, y presentarla a la Comisión de Garantía y Evaluación)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con domicilio en (Calle, Avda., Plaza) \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARO**

- Que, con fecha \_\_\_\_\_ , presenté solicitud de prestación de ayuda para morir.
- Que, con fecha \_\_\_\_\_, recibí escrito de **DENEGACIÓN** firmado por el  
 médico responsable  médico consultor \_\_\_\_\_ con  
nº de colegiado \_\_\_\_\_ .

Por ello, presento **RECLAMACIÓN** ante la Comisión de Garantía y Evaluación, por los siguientes motivos:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

**FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD** (imposibilidad física de firma por el/la solicitante)

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO**

Que \_\_\_\_\_ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, y en su presencia el presente documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

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

**Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.**

2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.



**INFORME DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_  
colegiado/a n° \_\_\_\_\_, médico/a de la Comisión de Evaluación y Garantía  
de la Región de Murcia con DNI n° \_\_\_\_\_

y

Yo, \_\_\_\_\_  
colegiado/a n° \_\_\_\_\_, jurista de la Comisión de Evaluación y Garantía de  
la Región de Murcia con DNI n° \_\_\_\_\_

**EXPONEMOS,**

**Primero.-** que en fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ha sido presentado a esta comisión el  
expediente de solicitud de prestación de ayuda para morir de,

D/Dª:.....  
DNI/NIE/Pasaporte:..... Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../..... Sexo .....

Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....  
Nº.....Piso.....Puerta.....Localidad.....  
Código Postal.....Provincia.....  
Teléfono/s.....

**Segundo.-** que la persona solicitante posee (aporta documento),

- La Nacionalidad española.
- La Residencia legal en España.
- Un Certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- NO cumple con los requisitos de identidad y residencia establecidos.

**Tercero.-** que ha realizado la solicitud de prestación de ayuda para morir mediante:

Un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas u otro documento equivalente legalmente reconocido, con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ donde consta su solicitud de prestación de ayuda para morir en caso de que padezca una incapacidad de hecho y cumpla los requisitos legalmente establecidos.

El proceso legalmente establecido por el art. 8 de la Ley 3/2021, dispuesto en caso de que la persona tenga capacidad de hecho, presentando la siguiente documentación:

**1ª solicitud** con fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**1º proceso deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**2ª solicitud** con fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**2º proceso deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Informe favorable del **médico consultor** con fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Consentimiento informado** con fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**OTROS DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS ADJUNTOS (especificar):**

**Cuarto.-** Que en cumplimiento de la función que les ha sido encomendada en virtud del artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021 y dentro del plazo máximo de siete días naturales en el mismo establecido, los miembros designados de la Comisión de Garantía y Evaluación, proceden a emitir, con los requisitos del documento contemplado en el art. 12 b) del mismo texto legal, el siguiente,

# INFORME

En virtud de lo expuesto y examinada la solicitud y los documentos que integran el presente expediente, CONSIDERAMOS QUE  cumple  no cumple los requisitos y condiciones establecidas para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Y para que así conste, se emite el presente

INFORME FAVORABLE

INFORME DESFAVORABLE

NO HAY ACUERDO entre los realizadores del informe

Lo que participamos y trasladamos para su conocimiento al Sr. presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación para que, a su vez, lo traslade a la médico responsable que realizó la comunicación, a los efectos legales oportunos.

Ello de conformidad y a los efectos de lo dispuesto en los apartados 3 y 4 del artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA MÉDICO/A**

**FIRMA JURISTA**

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

**Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen **desfavorablemente** la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser **recurridas ante la jurisdicción contencioso- administrativa**.



**RESOLUCIÓN EN PLENO DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN  
(en caso de no haber acuerdo entre los miembros firmantes del informe)**

La Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir de la Región de Murcia, tras no haberse alcanzado un acuerdo en el informe realizado con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por los miembros de la comisión,

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
colegiado/a nº \_\_\_\_\_, como médico/a firmante.

y

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
colegiado/a nº \_\_\_\_\_, como jurista firmante.

Con motivo de la presentación a esta comisión del expediente de solicitud de prestación de ayuda para morir de,

D/D<sup>a</sup>:.....  
DNI/NIE/Pasaporte:.....Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....  
Nº.....Piso.....Puerta.....Localidad.....  
Código Postal.....Provincia.....  
Teléfono/s.....

Y en cumplimiento de la función que les ha sido encomendada en virtud del artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021, se reúne en pleno sin la participación en la resolución de la misma de los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud, como legalmente establece el artículo 18.a) de la mencionada Ley, para proceder a valorar la documentación aportada en el expediente de la persona solicitante y emitir, con los requisitos del documento contemplado en el artículo 12 b) del mismo texto legal, el siguiente,

## INFORME

En virtud de lo expuesto CONSIDERAMOS QUE  cumple  no cumple los requisitos y condiciones establecidas para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Y para que así conste, se emite el presente

INFORME FAVORABLE

INFORME DESFAVORABLE

Lo que participamos y trasladamos para su conocimiento al Sr. presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación para que, a su vez, lo traslade a la médico responsable que realizó la comunicación, a los efectos legales oportunos.

Ello de conformidad y a los efectos de lo dispuesto en los apartados 3 y 4 del artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

Fdo. El/la Presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Región de Murcia, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

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

**Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen **desfavorablemente** la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser **recurridas ante la jurisdicción contencioso- administrativa**.



**RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN ANTE LA RECLAMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
(tras la denegación previa del médico responsable o el médico consultor)**

La Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir de la Región de Murcia, en virtud de la reclamación presentada en fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ por,

D/D<sup>a</sup>:.....  
DNI/NIE/Pasaporte:..... Nacionalidad.....  
Fecha de nacimiento ...../...../ ..... Sexo .....  
Domicilio en (Calle/Avda./Plaza).....  
Nº.....Piso.....Puerta.....Localidad.....  
Código Postal.....Provincia.....  
Teléfono/s.....

Tras la denegación de su solicitud de prestación de ayuda para morir por parte del,

Médico responsable D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
nº de colegiado \_\_\_\_\_

Médico consultor D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
nº de colegiado \_\_\_\_\_

Y en cumplimiento de la función que le ha sido encomendada en virtud del artículo 18 de la Ley Orgánica 3/2021, se reúne en pleno para proceder a valorar la documentación presentada y emitir el siguiente,

## INFORME

En virtud de lo expuesto CONSIDERAMOS QUE  procede  no procede tomar en consideración la reclamación de la persona solicitante, al considerar que cumple los requisitos y condiciones establecidas para el correcto ejercicio del derecho a recibir la prestación de ayuda para morir. Y para que así conste, se emite la presente

RESOLUCIÓN FAVORABLE

Por lo que en virtud de lo dispuesto en el artículo 18.a) de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de eutanasia, la Comisión de Garantía y Evaluación requiere a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico, de un equipo externo de profesionales sanitarios, o un equipo especializado para la prestación de ayuda para morir.

RESOLUCIÓN DESFAVORABLE

Por lo que se informa a la persona solicitante de su derecho a la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Ello de conformidad y a los efectos de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA**

EL/LA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

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

**Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

**Artículo 18. Funciones.**

*Son funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación las siguientes:*

*a) En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente 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 del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.*

*El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa*



**DOCUMENTO PRIMERO**

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (Plazo máximo **5 días hábiles** después de la prestación)

**Número de Registro:** \_\_\_\_\_

**1º. Nombre y apellidos del solicitante:** \_\_\_\_\_

DNI nº \_\_\_\_\_ domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_

C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**2º. Nombre y apellidos del/la médico/a responsable:** \_\_\_\_\_

Colegiado/a o equivalente nº \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**3º. Nombre y apellidos del/la médico/a consultor:** \_\_\_\_\_

Colegiado/a o equivalente nº \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**4º. Nombre y apellidos del representante:** \_\_\_\_\_

(en caso de que la persona solicitante dispusiese de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalase a un representante) En caso contrario, nombre completo de la **persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad** de

**hecho:** \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**

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

**Artículo 12. Comunicación 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 el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:*

*a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:*

*1) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.*

*2) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.*

*3) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.*

*4) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.*



**DOCUMENTO SEGUNDO**

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (Plazo máximo **5 días hábiles** después de la prestación)

**Número de Registro:** \_\_\_\_\_

1º. Nombre y apellidos **Solicitante** \_\_\_\_\_

DNI nº \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

2º. **Fecha y lugar de la muerte** \_\_\_\_\_

3º. Presentada **1ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_

Presentada **2ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5º. **Naturaleza de sufrimiento** continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6º. **Información sobre la voluntariedad**, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7º. **Existencia del Documento de instrucciones previas o equivalente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

---

---

---

**9º. Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas**

---

---

---

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**

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

**Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.**

*b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:*

- 1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.*
- 2.º) Fecha y lugar de la muerte.*
- 3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.*
- 4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).*
- 5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.*
- 6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.*
- 7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.*
- 8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.*
- 9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.*



**DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES  
SANITARIOS DIRECTAMENTE IMPLICADOS EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR**  
*(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)*

D/D<sup>a</sup> ....., con DNI: .....

**DECLARO RESPONSABLEMENTE** que soy un profesional sanitario directamente implicado en la prestación de ayuda para morir, que dispongo de la titulación de ..... especialidad de ..... y que presto actualmente servicio sanitario en el centro: ..... y, dentro de dicho centro, en el servicio: ....., que de acuerdo con lo establecido en el artículo 16.1 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que reconoce a los profesionales directamente implicados en la prestación de ayuda para morir a poder ejercer su derecho a la objeción de conciencia,

**DECLARO:**

Mi **objeción de conciencia** a intervenir directamente en la prestación de ayuda para morir en los siguientes supuestos:

- En **todo el proceso** regulado por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
- Con carácter excepcional en los siguientes **actos/acciones concretas**:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Este ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda a morir no se extenderá al resto de mis actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento, ni a traslados entre centros sanitarios.

Con la finalidad de hacer efectivo mi derecho a la objeción de conciencia, consiento la inclusión de esta declaración en el **Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda a morir de la Región de Murcia** y a la recogida y tratamiento de mis datos de carácter personal que resulten adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito de esta declaración, sujeto al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

**CONSEJERÍA DE SALUD**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO (código de identificación A14013902)**



La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a esta declaración responsable, o la no presentación de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con la inscripción en el *Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda a morir de la Región de Murcia*, desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiere lugar.

Lo que firmo en ....., el día .....de.....de 20....

FIRMA:

Al firmar esta solicitud queda establecido que usted presta su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales. Lea esta información antes de firmar. Responsable del tratamiento: Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia. Finalidad del tratamiento: la tramitación administrativa que se derive de la gestión de esta solicitud. Los datos objeto de tratamiento serán conservados durante el tiempo en que pueda exigirse algún tipo de responsabilidad derivada de una relación jurídica o ejecución del contrato, con el objetivo de atender las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento durante el plazo de prescripción de estas. Legitimación para el tratamiento: el consentimiento del interesado; el cumplimiento de una obligación legal que atañe al responsable del tratamiento (artículos 6 y 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales en relación con el artículo 6.1.a y c del Reglamento 2016/679 de Protección de Datos) de modo que no facilitar los datos provocará la imposibilidad de gestionar la solicitud y prestar el correspondiente servicio. Destinatarios de cesiones de datos: No se cederán datos a terceros salvo a las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación o resolución de sus procedimientos. También se cederán cuando exista una obligación legal. Derechos de interesado: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, así como otros derechos, que se explican en la información adicional. Procedencia de los datos: Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen datos procedentes de la Plataforma de Interoperabilidad de la CARM. Contacto Delegado de Protección de Datos: Inspección General de Servicios de la CARM; dirección de correo electrónico: [dpdiqs@listas.carm.es](mailto:dpdiqs@listas.carm.es) Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

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

**Artículo 16.1 Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.** *Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.*



## COMISIÓN DE GESTIÓN PARA EL DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

### Coordinadores de la Comisión:

- **Jesús Cañavate Gea**, Director General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud
- **Isabel Ayala Viguera**, Directora General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud

### Miembros de la Comisión:

- Marta Ródenas Tortosa,
- Mercedes Rodríguez Morlesín
- Jaime Martínez Uceda,
- Teresa Clemente Soubriet
- Federico Donoso Paredes
- Juana María Marín Martínez
- M<sup>a</sup> José García Sánchez
- Rafael Asensio Egea
- Francisco Yagüe Guirao
- Javier Júdez Gutiérrez
- Carmen Moreno Barba
- Ángeles del Rosario Sáez Soto
- María Pilar Ferrer Bas
- Jose Gil López
- José Antonio Martínez Lozano
- Ricardo Robles Campos
- José Manuel Allegue Gallego
- José Antonio Castillo Bustos
- Ana López Zamora
- Rosario Morales López
- Marta Zafra Poves
- Ana María Martínez Pérez
- Joaquín Giménez González

CONSEJERÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO (código de identificación A14013902)