DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo de 5 días hábiles desde que se haya notificado por escrito la denegación al/la paciente)

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

Médico/a responsable:

Nº de colegiado/a: **Centro de trabajo**:

Nombre y apellidos del solicitante:

DNI/NIE/Pasaporte del paciente:

ANTECEDENTES

(se cumplimentarán únicamente los datos que correspondan hasta donde haya transcurrido el desarrollo procedimental alcanzado con el paciente)

Primera Solicitud firmada con fecha: **Segunda Solicitud**:

Denegación Médico Responsable: ☐ **Denegación Médico Consultor**: ☐

Descripción de la **patología padecida**, contexto eutanásico:
[Art. 3b) padecimiento grave, crónico e imposibilitante] o [Art. 3c) enfermedad grave e incurable]

Alternativas, posibilidades de actuación, especificar acceso a cuidados paliativos integrales, etc.

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN

Se informa al paciente de la denegación de su solicitud de la prestación de ayuda para morir informándole de los motivos, así como de que contra esta resolución puede interponer reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma, en el término máximo de quince días naturales a contar desde la notificación de la resolución, según lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En , a de de 202

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Fdo.: (Nombre y apellidos)

RECIBI DEL PACIENTE / REPRESENTANTE

Se informa al paciente/representante que contra esta resolución se puede interponer reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de 15 días naturales, a partir de la fecha de firma del recibí, según lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Quedándome enterado y notificado de la misma, firmo,

En a de de 202

FIRMA del Paciente o Representante

Fdo.: (Nombre y apellidos)

Información sobre protección de datos de carácter personal

Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley.

El responsable del tratamiento de datos es la Dirección General Asistencial, con domicilio en Paseo de la Castellana 280, 28046 Madrid**,** ante el que podrá revocar en todo momento el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

El Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Paseo de la Castellana, nº 280, 28046 Madrid.

protecciondedatos.sanidad@madrid.org

Además, en caso de disconformidad con el tratamiento de los datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.