Modelo 6
Expediente nº _____
No cumplimentar MR

CIPA paciente:

INFORME DEL MÉDICO RESPONSABLE PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Guardar en la historia clínica y remitir una copia a la Comisión de Garantía y Evaluación)

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

Médico/a:

Nº colegiado:

Al objeto de que el paciente:

con DNI/NIE: **pueda solicitar la prestación de ayuda para morir, se le informa sobre:**

(en caso de falta de espacio, podrá adjuntarse un anexo firmado en la misma fecha, haciéndolo constar expresamente)

- **Proceso médico** **(1) ver reverso**

- **Alternativas/posibilidades de actuación** **(incluido el soporte de cuidados paliativos)**

- **Otra información** (hacer constar **fechas** relevantes, una vez firmada la Segunda Solicitud ante el MR y cualquier otra información que se considere de interés)

Fecha **fin 2ª proceso deliberativo**:	Fecha **ratificación** del paciente:	Fecha **firma Consentimiento Informado**:
/ /	/ /	/ /

Tras estudiar la historia clínica y examinado el paciente, **CONCLUYO** que:

☐ **Cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, 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., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.**

Contra esta resolución, el solicitante puede interponer una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid, 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)

(1) Este apartado debe incluir la información recogida en el informe clínico del paciente:

- Resumen de la Historia Clínica y exploración
- Resumen de la asistencia prestada, incluyendo las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución
- Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
- Procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos significativos
- Resumen de acciones terapéuticas emprendidas

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.