



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL/LA REPRESENTANTE EN LA SITUACIÓN CLÍNICA DE INCAPACIDAD DE HECHO DEL PACIENTE (SUPUESTO DE VOLUNTAD EXPRESA EN INSTRUCCIONES PREVIAS, VOLUNTADES ANTICIPADAS O DOCUMENTOS EQUIVALENTES).**

**1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE**

D./Dña.: \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ y CP: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL/LA REPRESENTANTE (INTERLOCUTOR PRINCIPAL):**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto 1: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto 2: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que le designó en Instrucciones Previas representante: \_\_\_\_\_

Referencia Registro Instrucciones Previas: \_\_\_\_\_

**3. MANIFESTACIONES EXPRESAS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA:**

- En fecha \_\_\_\_\_ presenté solicitud de prestación de ayuda a morir a favor de Don/Doña \_\_\_\_\_ en su domicilio/ingresada/interna en el centro/unidad/institución con sede en \_\_\_\_\_, a dicha solicitud acompañé copia de las instrucciones previas de fecha \_\_\_\_\_ inscrita en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad Autónoma de \_\_\_\_\_ (número expediente \_\_\_\_\_). **En dichas instrucciones previas la paciente manifiesta expresamente su 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.**
- Que he sido **informado/a por el médico/a responsable sobre el procedimiento y garantías establecidos por la Ley para aquellos supuestos en los que el paciente se encuentre en situación de incapacidad de hecho.**
- El **médico/a consultor ha corroborado que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.
- Que he sido **informado/a sobre 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.

- Que he sido **informado/a sobre 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.
- Se ha **corroborado la situación de incapacidad de hecho y la suscripción con anterioridad del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente** reconocido para consentir la ayuda para morir en los términos dispuestos en el mismo y ajustados a la ley reguladora de la eutanasia.
- La valoración de **la incapacidad de hecho se ha realizado conforme a los protocolos de valoración de la capacidad de hecho determinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** de fecha \_\_\_\_\_
- El **médico/a responsable y otros integrantes del equipo asistencial me han informado sobre las condiciones de realización de la prestación de ayuda a morir**, y de mi derecho de acompañamiento junto a otras personas con vinculación familiar o, de hecho. **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.

El **LUGAR, FECHA Y FIRMA: Manifiesto que he sido informado por el médico responsable del procedimiento seguido, de las garantías exigidas y las condiciones en las que se realizará la prestación de ayuda para morir.**

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

\_\_\_\_\_  
Fdo: El/la Representante interlocutor

\_\_\_\_\_  
Fdo: 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.

**Artículo 6. 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.