

## COMUNICACIÓN MÉDICA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

(Enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación para la comunicación de un caso)

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

**Médico/a Responsable:** .....

Número de identificación (nº colegiado) .....

Centro de trabajo .....

Especialidad .....

Correo electrónico institucional .....

Teléfono de contacto .....

**Nombre y apellidos del/la solicitante prestación ayuda para morir:**

D/D<sup>a</sup> .....

con DNI/NIE/Pasaporte .....

### ANTECEDENTES

Presentada 1ª Solicitud con fecha .....

Presentada 2ª Solicitud con fecha .....

Documento de Instrucciones Previas o equivalente con fecha .....

Realizado proceso deliberativo con fecha de inicio 1º proceso deliberativo ....., y

con fecha fin 2º proceso deliberativo .....

**Ratificación del paciente** para continuar con el procedimiento  (fecha) .....

El paciente desiste / revoca la petición de ayuda para morir  (fecha)

Firmado consentimiento informado con fecha .....

**Médico/a Consultor:** .....

Número de identificación (nº colegiado) .....

Informe Médico/a Consultor con fecha .....

Favorable     Desfavorable

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

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
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/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid.

[protecciondedatos.sanidad@madrid.org](mailto: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.

**Nota:** Con este documento (**Modelo 8**) de **Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación** (CGE), el **Médico Responsable** (MR) tiene que adjuntar toda la documentación que exista en relación al procedimiento vinculado a la solicitud de la prestación de ayuda para morir. En el supuesto que sea necesario subsanar defectos de forma en la documentación remitida, la CGE no podrá asignar número de expediente, ni vocales hasta que estén resueltas.

#### **1.- Documentación habitual:**

- Modelo 1.1: **Primera solicitud de prestación de ayuda para morir**
- **Informe clínico del paciente** (Informe entregado al paciente tras la primera solicitud de la prestación)
- Modelo 2: **Informe sobre el proceso deliberativo con el equipo asistencial tras la 1ª solicitud de la prestación de ayuda para Morir**
- Modelo 3: **Segunda solicitud de la prestación de ayuda para morir**
- Modelo 4: **Información para el paciente que desee solicitar la prestación de ayuda para morir**
- Modelo 5: **Consentimiento informado para la aplicación de la prestación de ayuda para morir**
- Modelo 6: **Informe del médico/a responsable para la solicitud de la prestación de ayuda para morir**
- Modelo 7: **Informe clínico motivado del/la médico consultor**
- Modelo 8: **Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación**

#### **2.- Documentación a adjuntar, cuando proceda:**

- Modelo 1.2: **Solicitud de la prestación de ayuda para morir en nombre del paciente**
- Modelo 9: **Documento primero**
- **Modelo 10.1: Documento segundo**
- Modelo 10.2: **Documento segundo adaptado**
- **Modelo 10.3: Documento fallecimiento durante la tramitación**
- Modelo 11: **Denegación de la prestación de ayuda para morir**
- Modelo 12: **Revocación de la solicitud de la prestación de ayuda para morir**
- Modelo 13: **Solicitud de aplazamiento de la administración de la ayuda para morir**
- Modelo 14: **Reclamación contra la denegación de la prestación de Ayuda para Morir**