



Nº expediente

MODELO 3

### INFORMACIÓN DEL 1º PROCESO DELIBERATIVO

Nombre y apellidos del/la **Médico/a responsable**.....

Centro de trabajo.....

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente).....

### CERTIFICO

Que el/la **paciente**..... DNI nº.....  
cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1.a), c) y d) de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, *de regulación de la Eutanasia*, **para solicitar la Prestación de ayuda para morir**, y se ha llevado a cabo, conjuntamente con él, un proceso deliberativo del que se resume lo siguiente:

- **Diagnóstico:**

- **Posibilidades terapéuticas y resultados esperables:**

- **Posibles cuidados paliativos:**



- **Información sobre la voluntariedad de la solicitud así como sobre la ausencia de presión externa:**

- **Conclusiones más destacables del proceso deliberativo:**

En ....., a ..... de ..... de 20....

El paciente ratifica con su firma que le he explicado la información contenida en este documento y que le he entregado copia escrita del mismo, así como del documento con la información relativa al tratamiento de sus datos de carácter personal necesarios para la gestión de su solicitud y del documento que contiene por escrito toda la información necesaria sobre su derecho a la prestación de ayuda para morir, para que pueda tomar una decisión plena e informada (modelos 19 y 20 respectivamente).

**Fdo.: El médico responsable de la prestación**

**Fdo.: El/la paciente**