

Nº Expte.:

MODELO 7.1

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

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

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE

D./Doña.: con DNI/NIE 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 Garantía 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.

Manifiesto que en el día de la fecha abajo indicada 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.: Representante interlocutor

Fdo.: Médico responsable