

Nº Expediente:

MODELO 13

DENEGACIÓN PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Médico/a responsable

Colegiado nº.....

Paciente que solicita la prestación ayuda para morir

DNI nº Fecha de nacimiento

Domicilio C.P.....

Tras recibir la solicitud de prestación de ayuda para morir por parte del paciente arriba indicado con fecha:

1ª Solicitud con fecha:

2ª Solicitud con fecha:

SE INFORMA NEGATIVAMENTE LA MISMA POR

- El paciente **NO posee la Nacionalidad española**; la *residencia legal en España* o un *Certificado de empadronamiento* que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- El paciente **NO** sufre una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante.
- El paciente **NO** posee el documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido, que incluya la prestación de ayuda para morir.
- Otros motivos:
 - Descripción de la **patología padecida** (*enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante*):

 - Alternativas, **posibilidades de actuación, acceso a cuidados paliativos, voluntariedad, etc.**

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN:

Por todo lo expuesto se deniega la prestación de ayuda para morir.

En a de de 20.....

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN

Se informa al paciente que contra esta resolución se puede interponer reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Castilla y León 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.

Quedándome enterado y notificado de la misma, firmo,

En a de de 20.....

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE