



**INFORMACIÓN PREVIA AL PROCESO DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (Información médica)**

Médico/a responsable: \_\_\_\_\_

Colegiado nº: \_\_\_\_\_

Al objeto de que el/la **paciente** \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_ pueda solicitar la Prestación de ayuda para morir, se informa a dicho paciente y se adjunta al expediente, la siguiente información sobre:

- **Proceso médico** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Alternativas/posibilidades de actuación** (incluidos los cuidados paliativos integrales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Otras observaciones** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma médico/a responsable

Firma paciente

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

**Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.**

*b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.*