



**INFORME/RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**

(Plazo de 7 días naturales)

Médico de la Comisión de Garantía y Evaluación \_\_\_\_\_

Jurista de la Comisión de Garantía y Evaluación \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del Solicitante Prestación ayuda para morir  
DNI nº \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

- Documento previo de **Voluntades anticipadas** o similar con fecha \_\_\_\_\_
- Presentada **1ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_
- Realizado **proceso deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_
- Manifestada la **decisión del paciente** de:
  - Continuar (fecha) \_\_\_\_\_
  - Desistir (fecha) \_\_\_\_\_
- Presentada **2ª Solicitud** con fecha \_\_\_\_\_
- Realizado **proceso deliberativo** con fecha \_\_\_\_\_
- Manifestada la **decisión del paciente** de:
  - Continuar (fecha) \_\_\_\_\_
  - Desistir (fecha) \_\_\_\_\_
- Firmado **consentimiento informado** con fecha \_\_\_\_\_
- Informe **médico consultor** con fecha \_\_\_\_\_
  - Favorable
  - Desfavorable
- Informe no vinculante **Comité de Ética Asistencial** con fecha \_\_\_\_\_

- Descripción de la **patología padecida** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante)

---

---

---

- **Naturaleza de sufrimiento** continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría

---

---

---

- **Información sobre la voluntariedad**, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa

---

---

---

- **Procedimiento seguido** por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir

---

---

---

- **Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas**

---

---

---

- **Se ha tenido acceso a la historia clínica del paciente:**

SI            NO

- **Se han entrevistado con el equipo médico**

SI            NO

- **Se han entrevistado con la persona solicitante**

SI            NO            No procede

**RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN:**

- FAVORABLE** a la prestación de ayuda a morir
- DESFAVORABLE** a la prestación de ayuda a morir:

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- NO HAY ACUERDO** entre los dos miembros

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**FIRMA MÉDICO/A**

**FIRMA JURISTA**

**RESOLUCIÓN DEL PLENO DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN:**

**(Si no hay acuerdo entre los miembros)**

- FAVORABLE** a la prestación de ayuda a morir
- DESFAVORABLE** a la prestación de ayuda a morir:

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**FIRMA PRESIDENTE/A**

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

**Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.**

3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen **desfavorablemente** la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser **recurridas ante la jurisdicción contencioso- administrativa.**