**MODELO DE DENEGACIÓN POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

**ANVERSO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ colegiado/a nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico/a responsable que trata al/la paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad y domicilio en (localidad)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

SE INFORMA NEGATIVAMENTE LA MISMA POR (señálese la/las que proceda)

☐ 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 imposibilitante.

☐ Una vez valorado el paciente, éste se encuentra en una situación de incapacidad de hecho y 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 imposibilitante):

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

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 202\_\_

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

**MODELO DE DENEGACIÓN POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

**REVERSO**

Se informa al paciente que contra esta resolución se puede interponer reclamación a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma de Cantabria en el término máximo de quince días naturales, 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 202\_\_

FIRMA del Paciente o Representante