



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA CONSENTIR A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DESPUÉS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

A DATOS DEL/LA PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		NIF/NIE	
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALIDAD	
PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO			

B DATOS DEL/LA PROFESIONAL QUE INFORMA

APELLIDOS		NOMBRE		NIF	
PROFESIÓN	COLEGIACIÓN Nº	CENTRO DE TRABAJO			

C DECLARACIÓN DEL/LA PACIENTE

Yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, **DECLARO** que:

- Expreso de forma libre y voluntaria el deseo de ser donante de órganos y tejidos una vez que haya fallecido tras la realización de la prestación de ayuda para morir (PAM).
- He recibido información por la persona responsable de la coordinación de trasplantes (CT) del proceso de donación en asistolia. He podido reflexionar sobre el contenido de la hoja informativa sobre donación después de mi fallecimiento tras la aplicación de la PAM. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.
- Sé que este proceso de donación solo puede llevarse a cabo mediante mi ingreso en un hospital, donde recibiré las medidas necesarias para asegurar mi confort hasta que se produzca mi fallecimiento y aquellas orientadas a preservar los órganos para su posterior trasplante, tal como se especifica en la hoja informativa de donación tras la aplicación de la PAM.
- He recibido información de que, mi familia o personas allegadas podrán estar conmigo en la despedida y que, una vez concluida la cirugía, recibirán mi cuerpo asegurándose su correcta imagen, para que se proceda a realizar el rito funerario que prefiera.
- Considero adecuada y suficiente la información recibida y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento sin dar explicaciones y sin repercusión alguna sobre la realización de la PAM.

D AUTORIZACIÓN DEL/LA PACIENTE

En consecuencia de la declaración expresada en el apartado C, yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, **AUTORIZO**:

- La realización de los procedimientos y la administración de los medicamentos para la adecuada conservación de los órganos indicados en la hoja informativa de donación tras la PAM. En caso de que los órganos y/o los tejidos una vez extraídos, no fuera posible su trasplante, autorizo a que se destinen a la investigación científica siguiendo lo establecido en el RD 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
- La obtención de todos los órganos y tejidos que sean válidos para ser trasplantados siguiendo los requisitos que establece la legislación vigente (Ley 30/1979, de 27 de octubre y Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre).
- En el caso de oposición a la obtención de algún órgano o tejido, se especifica a continuación:

E FIRMA DEL/LA PACIENTE Y DEL/LA PROFESIONAL QUE INFORMA

Y, para que así conste, firmamos el/la paciente indicado/a en el apartado A y el/la profesional que informa indicado/a en el apartado B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____
El/La pacient

Signatura: _____
El/La professional que informa



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA CONSENTIR A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DESPUÉS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

F REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, **REVOCO** el presente consentimiento, prestado en fecha y deseo que no se proceda a la obtención de ningún órgano ni tejido.

Y, para que conste, firmamos el/la paciente indicado/a en el apartado A y el/la profesional que informa indicado/a en el apartado B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____
El/La pacient

Signatura: _____
El/La professional que informa

G INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nombre de la actividad de tratamiento: Documento de consentimiento para pacientes con capacidad para consentir a la donación de órganos y tejidos después de la prestación de ayuda para morir.

Finalidad del tratamiento: Gestión del documento de consentimiento para pacientes con capacidad para consentir a la donación de órganos y tejidos después de la prestación de ayuda para morir.

Identidad del responsable del tratamiento: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Legitimación: RPGD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Artículo 15 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Derechos de las personas interesadas: Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Más información: Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es.