

			Nº Historia Clínica	
	Tipo de documento:		Nombre:	
	Servicio:	Unidad:	Primer Apellido	
	Fecha de Consulta:		Segundo Apellido	
			Fecha de nacimiento	Sexo

OTROS DATOS DEL PACIENTE	
DNI/T.Residente/Pasaporte NASS	CIP CA Cód. SNS CIP Europeo Teléfono móvil
Teléfono	
DOMICILIO	
Tipo de vía	Nombre de la vía
Nº de la vía Piso Letra Código Postal	Población Municipio Provincia País

**Pongo en conocimiento de la Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir, que:**

- La solicitud del/la paciente, cuyos datos se adjuntan, cumple los requisitos establecidos para su realización, tras mi evaluación como médico/a responsable y la del médico/a consultor/a asignado/a:**
- Nacionalidad española o residencia legal en España, o certificado de empadronamiento que acredita un período de permanencia superior a 12 meses.
  - Paciente mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud, que presta su conformidad libre, voluntaria y consciente.
  - En aquellos casos que el/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente, ha suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido con las indicaciones suficientes para facilitar la prestación de ayuda para morir (Ley 3/2021, artículo 5.2.).
  - Informado/a verbalmente y por escrito de su proceso médico, alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales y las prestaciones a las que tiene derecho de atención a la dependencia.
  - Enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante.
  - Informe favorable del médico/a consultor/a.
  - Proceso de solicitudes, información y deliberación acorde a los plazos establecidos.

**Como médico/a responsable, solicito a la Comisión de Garantía y Evaluación que designe, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un/a profesional médico/a y un/a jurista, para que verifique si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.**

Nombre Responsable	
Nº COLEGIADO	
Fecha de firma	
INSTITUCIÓN EMISORA	
Denominación del Servicio de Salud:	
Denominación del proveedor de servicios:	
Denominación del centro:	
Tipo de vía Nombre de la vía Nº de la vía Código Postal	Municipio Provincia País Teléfono