

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

Número de registro:

---

## DOCUMENTO PRIMERO

### Médico/a responsable:

Nombre y apellidos

Nº colegiado/a:

Dirección:

### Médico/a consultor

Nombre y apellidos:

Nº colegiado/a:

Dirección:

**Representante designado/a en Documento de Instrucciones Previas** (si lo hubiere). *En caso contrario, nombre y apellidos de la persona que presentó la solicitud en nombre del/la paciente en situación de incapacidad de hecho.*

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

<p>Nombre Responsable</p> <p>Nº COLEGIADO</p> <p>Fecha de firma</p>
---

INSTITUCIÓN EMISORA	
Denominación del Servicio de Salud:	
Denominación del provisor de servicios:	
Denominación del centro:	
Tipo de vía Nombre de la vía Nº de la vía Código Postal	Municipio Provincia País Teléfono

Número de registro:

---

A remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación en un plazo máximo de 5 días hábiles desde la realización de la prestación de ayuda para morir. Identificar con número de registro.

## DOCUMENTO SEGUNDO

### Persona solicitante de ayuda para morir

- Sexo:
- Edad:
- Enfermedad padecida (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante):
- Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría:

Sufrimiento físico

Sufrimiento psíquico

**Fecha de la muerte:**

### Lugar de la muerte:

Domicilio

Centro hospitalario

Centro sociosanitario

Otros

**Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona:**

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

**Existencia de documento instrucciones previas o documento equivalente**

Sí

No

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

### Médicos/as consultores

- Capacitación:
- Fechas de las consultas: