


| | | | | |
|--|--|---------|---------------------|------|
|  | | | Nº Historia Clínica | |
| | Tipo de documento: Certificado de la situación de incapacidad | | 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 | Teléfono móvil |
| DOMICILIO | |
| Tipo de vía | Nombre de la vía |
| Nº de la vía Piso Letra Código Postal | Población Municipio Provincia País |

CERTIFICACIÓN POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN INCAPACIDAD DE HECHO DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE A LOS EFECTOS DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (arts. 5.2., 6.4 y 9 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. VALORACIÓN POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO:

- La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el/la médico/a responsable se ha efectuado conforme a los protocolos de actuación determinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).
- Se ha solicitado interconsulta para la valoración de la capacidad:
- SI (en cuyo caso se anexa documentación)
- NO

2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE CERTIFICA QUE:

- El/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes.
- El/la paciente sufre una enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos legalmente previstos.
- Ha suscrito documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente conforme al cual se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir.
- En dicho documento ha nombrado representante a D/Dña _____ con DNI : _____ .qué será interlocutor/a válido/a.

| |
|--|
| Nombre Responsable Nº COLEGIADO Fecha de firma |
|--|

| 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 |