

			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

## DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(art.7 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

### 1. MOTIVACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

### 2. OBLIGACIONES DEL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE:

- El/la médico/a responsable informa a la persona solicitante de la posibilidad de presentar, en el plazo máximo de quince días naturales contados a partir de la notificación de la denegación, una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente.
- El/la médico/a responsable deberá cumplir con la obligación de remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación competente, en el plazo de cinco días contados a partir de la notificación de la denegación al/la paciente/solicitante y con independencia de que se haya formulado reclamación ante ella por el/la paciente/solicitante, los dos documentos especificados en el artículo 12 de L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (Anexo "Documento primero" y Anexo "Documento segundo").

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