

			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:

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

Número de registro:

A 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 paciente/solicitante y con independencia de que se haya formulado reclamación ante ella por el 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").

DOCUMENTO SEGUNDO

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Sexo:

Edad:

2. DATOS ACERCA DE LOS REQUISITOS Y DE LOS DATOS CLÍNICOS RELEVANTES DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR:

Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la solicitud:

Información sobre la ausencia de presión externa:

Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante):

Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido:

Razones por las que se considera que tiene o no tiene, total o parcialmente perspectivas de mejoría:

Cualesquiera datos clínicos relevantes para la evaluación del caso:

Motivo de la denegación:

3. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:

Existencia de documento instrucciones previas o documento equivalente:

Sí

No