



INFORME DEL/LA MÉDICO CONSULTOR
(El Médico Responsable enviará copia a la Comisión de Garantía y Evaluación)
Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Nombre y apellidos del Médico/a Consultor

Centro de trabajo

Especialidad

Número de identificación profesional (nº colegiado)

Teléfono Correo electrónico corporativo

CERTIFICO que:

Tras estudiar la historia clínica y examinado el/la paciente

D/Dña

con DNI/NIE

CONCLUYO que:

Cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.

No cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1., o en su caso en el 5.2, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir.

Informe motivado:

.....
.....
.....
.....
.....

