**MODELO E6**

MODELO E6

**DESIGNACIÓN DE MÉDICO RESPONSABLE**

**DATOS DEL PACIENTE**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/PASAPORTE Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de presentación de la primera solicitud de ayuda para morir:

Centro sanitario en que se ha presentado:

Órgano de Dirección del Servicio Cántabro de Salud que designa:

Dirección Médica de Atención Primaria

Dirección Médica del Hospital (especificar):………………..

Subdirección de Asistencia Sanitaria (cuando la designación corresponda a un profesional perteneciente a una Gerencia distinta a la de presentación de la solicitud del paciente, o no sea posible la designación en el ámbito de la misma).

Habiéndose presentado por el paciente arriba indicado la solicitud de prestación de ayuda para morir prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, y no existiendo médico que realice las funciones de médico responsable, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, su localización geográfica, los profesionales más adecuados en función del caso clínico, y la relación establecida entre los profesionales y el paciente,

**Se designa, para realizar las funciones de MÉDICO RESPONSABLE, previstas en la** **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia a**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico colegiado nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de trabajo y centro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al realizar esta designación se le da traslado de la siguiente documentación relacionada con el procedimiento (especificar):

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

|  |  |
| --- | --- |
| La (especificar)  Firmado | Enterado y conforme, el/la médico/a designado/a  Firmado |