**MODELO E2**

MODELO E2

**OFICIO DE REMISIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**

**DATOS DEL MÉDICO QUE REMITE LOS DOCUMENTOS**

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

Con DNI/NIE/PASAPORTE nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

[ ]  MÉDICO RESPONSABLE

[ ]  MÉDICO CONSULTOR

**DATOS DEL PACIENTE**

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

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

Adjunto remito los siguientes documentos originales relacionados con la prestación de ayuda para morir correspondiente al paciente arriba indicado:

**Marcar o añadir los que procedan:**

[ ]  **M13 MODELO CONCLUSIONES MEDICO CONSULTOR**

[ ]  M1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  M2.1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAPM PRESENTADO POR MÉDICO DEL PACIENTE

[ ]  M2.2 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAPM PRESENTADO POR OTRA PERSONA

[ ]  M2.3 MODELO DE DOCUMENTO DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD DE PRESATCIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN FORMATO AUDIOVISUAL

[ ]  M3 MODELO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

[ ]  M4 MODELO INFORME SOBRE PROCESO MÉDICO, ALTERNATIVAS, C. PALIATIVOS Y DEPENDENCIA

[ ]  M5.1 MODELO REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  M5.2 MODELO APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  M6 MODELO DESISTIR DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  M7 MODELO DENEGACIÓN POR MÉDICO RESPONSABLE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  M8.1 MODELO DOCUMENTO PRIMERO COMUNICACIÓN A LA CGE

[ ]  M8.2 MODELO DOCUMENTO SEGUNDO COMUNICACIÓN A LA CGE

[ ]  M10 MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 1 M RESPONSABLE

[ ]  M10.1 MODELO CERTIFICACIÓN REQUISITOS CON DOCUMENTO DE VOLUNTADES PREVIAS MÉDICO RESPONSABLE

[ ]  M11 MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 2 M RESPONSABLE

[ ]  M12 MODELO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

[ ]  M14 MODELO COMUNICACIÓN MEDICA A LA CGE

[ ]  E1 MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE: INICIO DE FUNCIONES DE MÉDICO RESPONSABLE

[ ]  E3 MODELO SOLICITUD DE CONTINUACIÓN CON LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  E4 MODELO INFORMACIÓN TRABAJADOR SOCIAL PREVIA AL PROCESO DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  E5 MODELO DESIGNACIÓN-CAPACITACIÓN MÉDICO CONSULTOR

[ ]  E6 MODELO DESIGNACIÓN MÉDICO RESPONSABLE

[ ]  E7 MODELO SOLICITUD VALORACIÓN DE INCAPACIDAD POR EXPERTO

[ ]  E8 MODELO SOLICITUD ASESORAMIENTO PARA CERTIFICAR CONTEXTO EUTANÁSICO

[ ]  E9 MODELO FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR VÍA INTRAVENOSA

[ ]  E10 MODELO FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR AUTOADMINISTRACIÓN POR VÍA ORAL

[ ]  E15 MODELO DOCUMENTO PRIMERO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA CGE (DENEGACIÓN MR)

[ ]  E16 MODELO DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA CGE (DENEGACIÓN MR)

[ ]  E22 MODELO SEGUNDA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

[ ]  Otros:

[ ]  Otros:

Asimismo, autorizo a la Secretaria de la Comisión de Garantía y Evaluación D/Dª……………………………………………………………………………… con DNI:………………………… a presentar en el registro de la Consejería de Salud, este oficio junto con la documentación que acompaña.

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

FIRMADO, El/la médico/a

OFICIO DIRIGIDO A:

**SECRETARIA DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SALUD DIGITAL. CONSEJERÍA DE SALUD.**C/ Federico Vial, 13, 2ª Planta 39009 Santander.