**CONCLUSIONES INFORME MÉDICO/A CONSULTOR/A**

Nombre y apellidos del **Médico/a consultor/a:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro responsablemente que no pertenezco al mismo equipo del médico responsable,** tal y como señala el artículo 3.1 de laLey Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, *de regulación de la Eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir*, ni he tenido vinculación asistencial previa con el paciente solicitante.

**Nombre y apellidos del/la** **paciente**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DNI/NIE/PASAPORTE** **nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tras estudiar la **historia clínica** y **examinado el paciente**, **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*

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA MÉDICO/A CONSULTOR/A** |  | **FIRMA del Paciente o Representante y fecha de recepción: ……/……./20…….** |