



**DOCUMENTO PRIMERO**

COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (Plazo máximo **5 días hábiles** después de la prestación)

**Número de Registro:** \_\_\_\_\_

**1º. Nombre y apellidos del solicitante:** \_\_\_\_\_

DNI n° \_\_\_\_\_ domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**2º. Nombre y apellidos del/la médico/a responsable:** \_\_\_\_\_

Colegiado/a o equivalente n° \_\_\_\_\_ domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**3º. Nombre y apellidos del/la médico/a consultor:** \_\_\_\_\_

Colegiado/a o equivalente n° \_\_\_\_\_ domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**4º. Nombre y apellidos del representante:** \_\_\_\_\_

(en caso de que la persona solicitante dispusiese de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalase a un representante) En caso contrario, nombre completo de la **persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho:** \_\_\_\_\_

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

**FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE**

**Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**

**Artículo 8. Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.**

*Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:*

*a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:*

*1) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.*

*2) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.*

*3) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.*

*4) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.*