

Nº Expediente:

MODELO 9

COMUNICACIÓN MÉDICA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Médico/a responsable

Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente)
.....

Nombre y apellidos del/la Solicitante de Prestación ayuda para morir
.....

..... DNI nº

ANTECEDENTES

- Presentada **1ª Solicitud** con fecha.....
- Presentada **2ª Solicitud** con fecha.....
- Documento previo de **Instrucciones Previas** o similar con fecha
- Realizado los **procesos deliberativos** con fecha y
- Manifestada la **decisión del paciente** de:
 - Continuar (fecha)
 - Desistir (fecha)
- Firmado **consentimiento informado** con fecha
- Informe **médico/a consultor/a** con fecha
- Favorable**
- Desfavorable**
- Comunicado al paciente solicitante las conclusiones del informe del médico/a consultor/a con fecha

En, a de de 20.....

FIRMA MÉDICO/A