

Nº. Expte.:

MODELO 8

CONCLUSIONES INFORME MÉDICO/A CONSULTOR/A

- Nombre y apellidos del **Médico/a consultor/a**:
- Centro de trabajo** **Especialidad**
- Número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente):
.....

CERTIFICO

Nombre y apellidos del/la paciente

DNI nº

Tras estudiar la **historia clínica y examinado el paciente**, (*en cuanto a la situación clínica del paciente, la capacidad de hecho, manifestaciones o exploración del sufrimiento físico o psíquico, cumplimiento de las condiciones de firma del consentimiento informado, si su situación se corresponde con un contexto eutanásico*), los resultados de la valoración realizada son los siguientes

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* por las **siguientes razones:**

En, a de de 202...

FIRMA MÉDICO/A CONSULTOR/A