



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.