



**INFORME DEL/LA MÉDICO CONSULTOR**  
(El Médico Responsable enviará este informe a la Comisión de Garantía y Evaluación)  
*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*

**Nombre y apellidos del Médico/a Consultor**.....  
**Centro de trabajo** .....  
**Especialidad** .....  
**Número de identificación profesional (nº colegiado)** .....  
**Teléfono** ..... **Correo electrónico corporativo** .....

**CERTIFICO** que:

Tras estudiar la historia clínica y examinado el/la paciente

**D/Dña** .....  
**con DNI/NIE** .....

**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.**

**Informe motivado:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

