**MODELO E5**

MODELO E5

**DESIGNACIÓN E INFORME SOBRE CAPACITACIÓN DE MÉDICO CONSULTOR**

**DATOS DEL PACIENTE**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/PASAPORTE Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Subdirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud, consultado el Médico Responsable, y la Dirección Médica competente, y valoradas las patologías que padece el paciente arriba referido,

**Designa para realizar las funciones de MÉDICO CONSULTOR a**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico colegiado nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de trabajo y centro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo, informa que el médico consultor designado, tiene la formación exigida a que hace referencia el artículo 3.e de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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

Enviar este documento mediante mensajería MAS al Médico Responsable y al profesional designado como Médico Consultor.

SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA,

FIRMA ELECTRÓNICA