**MODELO E7**

MODELO E7

**SOLICITUD DE VALORACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO POR PROFESIONAL EXPERTO**

**DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE**

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

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

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

**DATOS DEL PACIENTE SOLICITANTE DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

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

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

Tras realizar la entrevista clínica y utilizar herramientas de apoyo recogidas en el Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho, preciso de apoyo adicional para realizar la valoración de la incapacidad de hecho del paciente arriba indicado, por lo que solicito a la Subdirección de Asistencia Sanitaria me sea facilitada:

[ ]  INTERCONSULTA TELEMÁTICA DE ASESORAMIENTO POR UN PROFESIONAL EXPERTO

[ ]  VALORACIÓN DEL PACIENTE POR UN PROFESIONAL EXPERTO

**DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE DE INTERÉS PARA LA VALORACIÓN O INTERCONSULTA SOLICITADA:**

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

FIRMADO, El médico/a

ENVIAR ADJUNTO MEDIANTE MENSAJERÍA SANITARIA MAS A LA SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA (UNIDAD SUBDIRECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA EN SECCIÓN “SCS”).