



Anexo XIX-A. Documento Primeiro

- Comunicación á CGAE tras a realización da PAM (art. 12.a) LORE)
- Comunicación á CGAE tras a denegación da PAM polo/a médico/a responsable (art. 7.3 LORE)

DOCUMENTO PRIMEIRO

Número de rexistro¹ _____

1.- Datos do/da **paciente** que solicita a axuda para morrer:

Nome completo _____

DNI/NIE núm. _____

on domicilio no concello de _____

Rúa _____

CP _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Persoas que conviven co/a paciente:

<input type="checkbox"/>	Só/a
<input type="checkbox"/>	En parella
<input type="checkbox"/>	Pai/nai/outros familiares
<input type="checkbox"/>	Residencia sociosanitaria
<input type="checkbox"/>	Outras persoas

Datos da **persoa autorizada** que o/a asistise, se é o caso:

Nome completo _____

DNI/NIE núm. _____

Con domicilio no concello de _____

Rúa _____

CP _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

1 Solicitar este código ao correo: pam@sergas.gal





2.- Datos do/da **médico/a responsable**:

Nome completo _____

Con domicilio no concello de _____

Rúa _____

CP _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____

Núm. de colexiado/a _____ Especialidade Médica _____

Centro de traballo _____

3.- Datos do/da **médico/a consultor/a** cuxa opinión se solicitou:

Nome completo _____

Con domicilio no concello de _____

Rúa _____

CP _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____

Núm. de colexiado/a _____ Especialidade Médica _____

Centro de traballo _____

4.- Dispón de documento de **instrucións previas** ou documento equivalente legalmente recoñecido:

SI

NON

Representante, no caso de sinalarse nese documento

Nome completo _____

DNI/NIE núm. _____

Con domicilio no concello de _____

Rúa _____

CP _____ **Teléfono** _____



Correo electrónico _____

Persoa que presentou a solicitude en nome do/a paciente en situación de incapacidade de feito

Nome completo _____

DNI/NIE núm. _____

Con domicilio no concello de _____

Rúa _____

CP _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a médico/a responsable

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA

Remitir Documento Primeiro e Documento Segundo en arquivos separados, ao correo electrónico:
pam@sergas.gal