

PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (V2.0)

Yo, _____
con documento de identificación personal (DNI, NIE o PASAPORTE) nº _____, mayor de edad,
con domicilio en _____,
localidad _____, código postal _____
teléfono 1 _____ teléfono 2 _____, correo electrónico _____

DECLARO

- Tener nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento de presentar la presente solicitud.
- Que NO tengo ninguna presión externa que motive la presente solicitud.
- Que padezco, tal como marco en la casilla:

Una enfermedad grave e incurable

Un padecimiento grave, crónico e imposibilitante

Y, por tanto,

SOLICITO

La prestación de ayuda para morir, y la firma

En _____ a _____ de _____ de 20

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE OTRA PERSONA EN PRESENCIA DEL PACIENTE (sólo si la situación del paciente no le permite fechar y firmar la solicitud. Esta persona debe cumplimentar la declaración que figura en el reverso)

Nombre, apellidos y DNI

PROFESIONAL SANITARIO QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____ DNI/NIE/PASAPORTE _____

Profesión _____ Colegiado nº _____

Centro de trabajo _____

En _____ a _____ de _____ de 20

FIRMA

(REVERSO)

DECLARACIÓN EN CASO DE QUE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE NO PERMITA FECHAR Y FIRMAR LA PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Yo, _____

con documento de identificación personal (DNI, NIE o PASAPORTE) nº _____, mayor de edad y plenamente capaz

DECLARO

Que D./D^a. _____,

con documento de identificación personal (DNI, NIE o PASAPORTE)

nº _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente

documento, por las siguientes razones:

Motivo por el cual, firmo yo en su nombre, y en su presencia, la primera solicitud para recibir la prestación de ayuda para morir que se adjunta a esta declaración.

En _____ a _____ de _____ de 20

FIRMA

ELECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE POR EL PACIENTE

Utilice esta página si desea elegir al médico responsable y entréguela junto con la PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

El paciente podrá elegir al médico/a responsable en el proceso de la prestación de ayuda para morir, siempre que sea posible. Podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria. En la mayoría de los casos, es previsible que sea el médico/a habitual o de confianza del paciente.

El médico/a responsable mantendrá una comunicación constante con el resto de profesionales sanitarios vinculados a la atención médica y de cuidados del paciente.

Deseo elegir al médico responsable, si es posible, por el siguiente orden de mayor a menor prioridad que indico a continuación (indique nombre y apellidos, y centro de trabajo):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE OTRA PERSONA EN PRESENCIA DEL PACIENTE (sólo si la situación del paciente no le permite fechar y firmar la solicitud. Esta persona debe cumplimentar la declaración que figura en el reverso de la primera solicitud para recibir la prestación de ayuda para morir)

Nombre, apellidos y DNI/NIE/PASAPORTE

Nombre, apellidos y DNI/NIE/PASAPORTE

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL DOCUMENTO

PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

- La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria pone a su disposición en su página web este modelo, el cual puede utilizar si lo desea para realizar la primera solicitud para recibir la prestación de ayuda para morir, que es uno de los requisitos recogidos en el artículo 5.1.c) de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

- El artículo 6 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia señala:

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

- DEFINICIONES DE INTERÉS PARA REALIZAR ESTA SOLICITUD (recogidas en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Artículo 3.b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

Artículo 3.c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Artículo 3.d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

- Consulte el artículo 5.2 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes.