

## MODELO 8 - **SEGUNDA SOLICITUD** DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR<sup>1</sup>

Yo, \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DECLARO

- Que soy **capaz y consciente de mis actos** en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que se ha llevado a cabo un primer proceso deliberativo donde se han tratado con mi médico responsable las circunstancias
- Que **dispongo por escrito de la información sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación**, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Que **NO** tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud
- Que, con fecha \_\_\_\_\_ solicité la Prestación de ayuda para morir, tras la cual ha tenido lugar un proceso en el que, conjuntamente con el médico responsable, se ha deliberado sobre mi diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos. Asimismo, manifiesto que he comprendido la información facilitada.

Por tanto, **habiendo transcurrido más de 15 días desde mi primera solicitud**,

### SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

**La Prestación de ayuda para morir**, y la firma,

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

Fdo: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Art. 5 c) Establece el requisito de haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, **dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas**.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

**FIRMA POR OTRA PERSONA** (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, D/Dña .....

DNI nº .....

**DECLARO**

Que D/Dña. .... no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

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

.....Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento.

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

**FIRMA**