

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS			Nº Historia Clínica	
	Tipo de documento:		Nombre:	
	Servicio:	Unidad:	Primer Apellido	
	Fecha de Consulta:		Segundo Apellido	
			Fecha de nacimiento	Sexo

OTROS DATOS DEL PACIENTE	
DNI/T.Residente/Pasaporte NASS	CIP CA Cód. SNS CIP Europeo Teléfono móvil
Teléfono	
DOMICILIO	
Tipo de vía	Nombre de la vía
Nº de la vía Piso Letra Código Postal	Población Municipio Provincia País

1. MANIFESTACIÓN INEQUÍVOCA DE LA VOLUNTAD DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE:

- El/la paciente solicitante manifiesta su deseo de CONTINUAR** con el procedimiento inherente a la solicitud de prestación de ayuda para morir mediante:
- Administración directa al/la paciente de una sustancia por arte de profesional sanitario/a competente.
 - Prescripción o suministro por parte de profesional sanitario/a de una sustancia de manera que este se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

Solicita, así mismo, que se comuniquen esta circunstancia a los familiares o allegados/as que se señalan a continuación:

-
-

- El/la paciente solicitante manifiesta su deseo de DESISTIR** de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE SE OBLIGA A:

- Comunicar este anexo al equipo asistencial, especialmente a los/las profesionales de enfermería.
- A solicitud del paciente, a los familiares o allegados/as siguientes:

-
-

Nombre Responsable	Fdo: persona solicitante
Nº COLEGIADO	
Fecha de firma	
INSTITUCIÓN EMISORA	
Denominación del Servicio de Salud:	
Denominación del provisor de servicios:	
Denominación del centro:	
Tipo de vía	Municipio
Nombre de la vía	Provincia
Nº de la vía	País
Código Postal	Teléfono

M9-MANIFESTACIÓN DEL PACIENTE SOLICITANTE DE SU DESEO DE CONTINUAR O DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR Y CONSENTIMIENTO INFORMADO