

**CERTIFICADO NORMALIZADO PARA ACREDITAR LOS CRITERIOS DE  
ENFERMEDADES O PROCESOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y CURSO  
IRREVERSIBLE, DISTINTAS DE ELA, DE ACUERDO CON EL REAL  
DECRETO 969/2025, DE 28 DE OCTUBRE**

**DATOS DEL/DE LA PROEFSIONAL FACULTATIVO/A**

Nombre y Apellidos: [Escriba aquí]      Número de Colegiado: [Escriba aquí]  
Especialidad: [Escriba aquí]      Centro Sanitario: [Escriba aquí]  
Localidad: [Escriba aquí]      Provincia: [Escriba aquí]  
Comunidad Autónoma: [Escriba aquí]

**DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

Nombre y Apellidos: [Escriba aquí]      Fecha de nacimiento: [Escriba aquí]  
Número de identificación personal (DNI/NIE/Pasaporte): [Escriba aquí]  
Domicilio: [Escriba aquí]      Localidad: [Escriba aquí]  
Provincia: [Escriba aquí]      Comunidad Autónoma: [Escriba aquí]  
aquí]

Cumplimentar por el/la profesional médico/a según corresponda:

La Ley 3/2024, de 30 de octubre, se aplicará a las personas que padezcan una enfermedad o proceso de alta complejidad y curso irreversible, neurológicas o no neurológicas, siempre que cumplan de modo acumulativo los criterios generales y operativos que se describen a continuación:

- ☐ a) Tener una condición irreversible y con una reducción significativa de supervivencia **(se debe cumplir el siguiente criterio operativo)**
- ¿Se trata de una enfermedad crónica, irreversible y con daño estructural y funcional grave, sin expectativa de recuperación con los tratamientos disponibles, con reducción significativa de la supervivencia? SÍ ☐ NO ☐ **(Respuesta cumple criterio si marca «Sí»)**
- ☐ b) No haber tenido una respuesta significativa al tratamiento, o cuando no existan alternativas terapéuticas que vayan a mejorar el estado funcional o el pronóstico de estas personas **(Para cumplir este criterio general, se debe cumplir uno de los dos criterios operativos siguientes)**
- ¿Se observa una falta de respuesta clínica significativa a los tratamientos autorizados de los que se disponen en la actualidad? SÍ ☐ NO ☐ **(Respuesta cumple criterio si marca «Sí»)**

- ¿Existen tratamientos autorizados con capacidad curativa o modificadora sustancial del curso clínico? SÍ ☐ NO ☐  
**(Respuesta cumple criterio si marca «No»)**
- ☐ c) Precisar cuidados sociales y sanitarios complejos, centrados en el ámbito domiciliario y que supongan un alto impacto para el entorno cercano de las personas afectadas **(se deben cumplir de manera acumulativa los dos siguientes criterios operativos)**
  - ¿El paciente o la paciente requiere ayuda continuada para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)? SÍ ☐ NO ☐  
**(Respuesta cumple criterio si marca «Sí»)**
  - ¿Utiliza el paciente o la paciente de forma prolongada dispositivos de soporte funcional y/o vital? SÍ ☐ NO ☐  
**(Respuesta cumple criterio si marca «Sí»)**
- ☐ d) Tener una rápida progresión en algunos de estos procesos que requiera acelerar procesos administrativos de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad o dependencia **(se debe cumplir al menos uno de los dos siguientes criterios operativos)**
  - ¿Se ha observado un deterioro clínico objetivo y acelerado, no relacionado con un proceso intercurrente reciente o reversible, en los últimos seis meses? SÍ ☐ NO ☐ **(Respuesta cumple criterio si marca «Sí»)**
  - ¿El paciente o la paciente ha presentado complicaciones graves recurrentes no relacionadas con un proceso intercurrente reciente o reversible en los últimos seis meses? SÍ ☐ NO ☐ **(Respuesta cumple criterio si marca «Sí»)**

Se expide el presente certificado para los efectos oportunos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

Firma del Especialista que realiza el seguimiento.