

**CERTIFICADO NORMALIZADO PARA ACREDITAR LOS CRITERIOS DE
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN FASE AVANZADA, DE ACUERDO CON
LA LEY 3/2024, DE 30 DE OCTUBRE**

DATOS DEL/DE LA PROFESIONAL FACULTATIVO/A

Nombre y Apellidos:
Especialidad:
Localidad:
Comunidad Autónoma:

Número de Colegiado:
Centro Sanitario:
Provincia:

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Nombre y Apellidos:
Número de identificación personal (DNI/NIE/Pasaporte):
Domicilio:
Provincia:

Fecha de nacimiento:
Localidad:

Acreditación de la situación de fase avanzada de la ELA de acuerdo con los criterios establecidos en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 9 de diciembre de 2025, recogido en la Resolución de 18 de diciembre de 2025, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales:

Para la acreditación de la condición de ELA en fase avanzada se deberán cumplir, al menos, dos de los siguientes criterios:

- ☐ Soporte ventilatorio por encima de 8 horas al día.
- ☐ Necesidad diaria de aspiración de secreciones.
- ☐ Inmovilidad en el tren superior.

Se expide el presente certificado para los efectos oportunos.

En _____, a ____ de _____ de 202

Firma del/de la Facultativo/a Especialista del Servicio de Neurología.