

**CERTIFICADO NORMALIZADO PARA LA ACREDITACIÓN 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:		Número de Colegiado:	
Especialidad:		Centro Sanitario:	
Localidad:		Provincia:	
Comunidad Autónoma:			

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Nombre y Apellidos:		Fecha de nacimiento:	
DNI/NIE/Pasaporte:		Domicilio:	
Provincia:		Localidad:	
Comunidad Autónoma:			

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

Firma y Sello del Especialista