

Instrucciones: Complete este formato con la persona con ELA y su red de apoyo. Mantenga una copia impresa y otra digital disponible sin internet. Compártalo con quienes deban conocerlo y revíselo cada seis meses o cuando cambien las necesidades.

Mensaje para el personal de atención: Tengo ELA. Mi cuidador y yo conocemos mis necesidades, mi forma de comunicarme y mis equipos. Por favor, hable directamente conmigo, confirme cómo respondo y, cuando sea posible y seguro, permita que mi cuidador participe en la entrega de información.

Nombre completo	
Documento de identidad	
Fecha de nacimiento	
Contacto principal y teléfono	
Contacto alterno y teléfono	
EPS	
IPS o clínica habitual	
Alergias	
Medicamento crítico o condición relevante	

Sugerencia: imprima este formato, dóblelo o recórtelo y manténgalo junto a la persona. Actualícelo cuando cambie cualquier dato.