

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.

Dato	Información	Dato	Información
Nombre completo		Documento	
Fecha de nacimiento		Dirección y municipio	
EPS		IPS o clínica habitual	
Póliza/medicina prepagada (si aplica)		Diagnóstico y fecha	
Otras condiciones de salud		Alergias	
Contacto principal		Contacto alternativo	
Médico/equipo tratante		Teléfono del equipo tratante	

Necesidades funcionales y de cuidado

Área	Qué registrar	Información de la persona
Comunicación	Cómo entiende, cómo responde, dispositivo y respaldo	
Respiración	Equipos usados, horarios, proveedor y dónde consultar indicaciones prescritas	
Secreciones/tos	Equipo o apoyo indicado y persona entrenada	
Alimentación	Vía, textura/fórmula, horario, insumos y precauciones indicadas	
Movilidad	Ayuda para moverse, silla, postura y número de personas para transferir	
Higiene y eliminación	Ayuda requerida e insumos	
Dolor/otras necesidades	Información relevante y plan indicado	
Preferencias importantes	Privacidad, acompañamiento, comunicación y apoyo emocional	

Dato	Información	Dato	Información	Dato	Información
Ubicación de fórmulas/órdenes		Ubicación de documentos		Fecha de actualización	