

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.

- ☐ Contactar emergencias y coordinar información
- ☐ Apoyar protección/evacuación
- ☐ Reemplazar al cuidador principal
- ☐ Alojar temporalmente
- ☐ Comunicar actualizaciones al resto de la familia

- ☐ Llegar al domicilio
- ☐ Transportar equipos e insumos
- ☐ Conseguir medicamentos o suministros
- ☐ Cuidar animales de compañía
- ☐ Otro rol acordado

Red personal

Nombre	Teléfono	Dirección	Rol acordado	Horario	Tiene copia	Confirmó
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐

Acuerdos

Acuerdo	Detalle	Acuerdo	Detalle
Palabra o mensaje para activar la red		Grupo/canal alternativo	
Punto de encuentro principal		Punto alternativo	
Persona que toma decisiones operativas		Observaciones	