



## PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN CARDIOVASCULAR

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>			
<b>DNI</b>			
<b>DIAGNOSTICO</b>			
<b>CLASE FUNCIONAL</b>			
<b>TRAT. MEDICO</b>			
<b>TRAT. QUIRURGICO</b>			
<b>ECOCARDIOGRAMA</b>			
<b>PRUEBA FUNCIONAL ERGOMETRIA/SPECT</b>	METS		
	SIGNOS DE ISQUEMIA	SI	NO
	PRUEBA	NEGATIVA	POSITIVA

--- / --- / ---

FECHA

----- FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE
--