



## Certificado de Tratamiento/Alta

Fecha:

Se solicita al Sr/Sra.....

con D.N.I. ....

diagnóstico (según DSMIV).....

inicio de tratamiento, fecha .....Alta.....

medicación (SI LA HUBIESE) .....dosis.....

tiempo libre de crisis.....

evolución.....

pronóstico.....

Indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículos.

Recomendaciones:.....

.....

- Nuestro Gabinete de Estudios Complementarios NO realiza certificados de tratamiento.