



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

Sr. /Sra.: DNI:

Diagnóstico: Fecha de episodio:.....

Patologías asociadas:

Áreas afectadas: Perceptivas..... Atencionales.....

Cognitiva..... Motoras.....

Medicación actual:

Modificación de medicación o dosis en los últimos 6 meses:

.....

Efectos adversos a medicación:

Riesgo de repetir otro episodio.....

Si Presento convulsiones:..... Diagnóstico específico:

Tipo de crisis..... Tiempo

de evolución: Fecha de última crisis

¿Usted recomienda la conducción vehicular?: SI / NO:.....

FIRMA Y SELLO
Neurólogo

Fecha: ____ / ____ / ____

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”