



Dirección  
General  
Habilitación de  
Conductores

Sr. /Sra.: ..... DNI: .....

TIPO DE ARRITMIA: .....

Síntomas clínicos: .....

Evolución: .....

Patologías asociadas: .....

SINDROME SINCOPAL: .....

Tratamiento farmacológico: .....

ACO: ..... Tratamiento quirúrgico: .....

Tipo de dispositivos: .....

IMPLANTADOS: .....CDI..... MARCAPASO.....

Fecha de colocación:.....Último control técnico:.....

Normofuncionante:..... Estado y tiempo de batería:.....

¿Presentó descargas del CDI en últimos 6 meses?:.....

¿Fue Indicado por prevención primaria o secundaria?:.....

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

**TRAER ÚLTIMOS: ECG Y ECOCARDIOGRAMA CON FEY VI %. LABORATORIO con RIN si está ACO.  
ULTIMO CONTROL TECNICO DE CDI O MARCAPASO**

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
CARDIÓLOGO TRATANTE

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”

