



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

Sr. /Sra. DNI:

DIABETES T1: DIABETES T2: INSULINORRESISTENCIA: SINDROME METABOLICO:

TIEMPO DE EVOLUCION:.....

Cumple con controles: Tratamiento vía oral (medicación y dosis).....

..... INSULINA (tipo y dosis):

.....Complicaciones, Renales:

Cardiovasculares: Neurológicas:

Otras: Hipo/hiperglucemias sintomáticas en últimos 6 meses:

Último fondo de ojos: Retinopatía diabética: Grado:

Laboratorio: HbA1C:%, Uremia..... mg/dl. Creatinina.....mg/dl

Glucemia..... mg/dl.

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

TRAER EL LABORATORIO QUE INFORMA LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (fecha últimos 3 meses)

FIRMA Y SELLO
del profesional Tratante.

Fecha: ____/____/____

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”