



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

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

TIPO DE TEMBLOR

Si Padece PARKINSON, Diagnóstico con Estadificación (Hoehn & Yahr):

Manifestaciones extramotoras: Minimental test:

TEST..... Medicación actual:

MODIFICACIÓN DE DOSIS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

Efectos adversos a la medicación:

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

Firma y sello
Neurólogo tratante.

Fecha: ____/____/____

“Este documento y las recomendaciones, no habilitan a conducir”