



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

CERTIFICADO DE NEUROLOGÍA

Se solicita al Sr/a.....

Con DNI: Diagnóstico:

Complicaciones: Inicio de tratamiento:.....

Tratamiento actual:.....

Medicación (SI LA HUBIESE) Y dosis:

Patologías asociadas:

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

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

Evolución:

Pronóstico:.....

Así mismo indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículo de categoría.....

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

Firma del Profesional.

Fecha: __ / __ / __

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”