



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

Sr. /Sra.: DNI:.....
ANTECEDENTES DE ISQUEMIA: IAM: CARA COMPROMETIDA.....
TRATAMIENTO:FIBRINOLÍTICO.....
ANGIOPLASTIA..... STEN..... CRM..... AÑO..... NUMERO DE EVENTOS (IAM/ISQUEMIA):.....
EVOLUCIÓN: PATOLOGÍAS ASOCIADAS: HTA..... INSUFICIENCIA
CARDIACA: TRATAMIENTO ACTUAL: ACO.....
CAPACIDAD FUNCIONAL:SIGNOS ACTUALES DE ISQUEMIA:
¿Usted recomienda la conducción vehicular?: SI / NO:

TRAER ÚLTIMOS: ECG Y ECOCARDIOGRAMA CON FEY VI %. LABORATORIO con RIN si está ACO.

FECHA: ____/____/____

FIRMA Y SELLO
CARDIÓLOGO TRATANTE

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