



**D**irección  
**G**eneral  
**H**abilitación de  
**C**onductores

## CERTIFICADO TRANSPLANTE CARDIACO

Sr. /Sra.: ..... DNI:.....  
FECHA TRASPLANTE CARDIACO : ..... COMPLICACIONES : .....  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO : .....  
CLASE FUNCIONAL (NYHA):.....  
EVOLUCION: ..... PRONOSTICO: .....  
¿USTED RECOMIENDA LA CONDUCCION 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”