



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

**TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE**

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

DIAGNÓSTICO ESPECIFICO .....

COMPLICACIONES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (TROMBÓTICAS, HEMORRÁGICAS).....

REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE O HEMODERIVADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.....

LABORATORIO. RIN (último mes previo al examen).....

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

**TRAER LABORATORIO.**

\_\_\_\_\_  
Firma / Sello  
Hematólogo Tratante.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”

