



Dirección
General de
Habilitación a
Conductores

Sr. /Sra. DNI:

DIABETES T1: ☐ DIABETES T2: ☐ INSULINORRESISTENCIA: ☐ SINDROME METABOLICO: ☐

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: Cumple con controles:

Tratamiento vía oral (medicación y dosis)

.....INSULINA (tipo y dosis):

Complicaciones, Renales: Cardiovasculares:

Neurológicas:Otras:

Hipo / Hiperglucemias sintomáticas en últimos 6 meses:

Último fondo de ojos: Retinopatía diabética: Grado:

Fecha de Laboratorio/...../..... HbA1C:%, Uremia..... mg/dl.

Creatinina.....mg/dl

Glucemia.....mg/dl.

TRAER EL LABORATORIO QUE INFORMA LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (fecha últimos 3 meses)

FIRMA Y SELLO
del profesional Tratante.

Fecha: ____/____/____

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”