



Dirección
General de
Habilitación a
Conductores

CERTIFICADO DE NEUROLOGÍA

Sr. /Sra.:DNI:

Diagnóstico específico:Fecha de episodio:

Presentó convulsiones: Tipo de crisis.....

Fecha de última crisis Tiempo de evolución:

Riesgo de repetir otro episodio Inicio de tratamiento:

Medicación actual:

Modificación de medicación o dosis en los últimos 6 meses:

Efectos adversos a medicación:

Indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículo

.....

Minimental Test:

Patologías asociadas:

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

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

.....

FIRMA Y SELLO
Neurólogo

Fecha: ____/____/____

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"