



Dirección
General de
Habilitación a
Conductores

Sr. /Sra.: DNI:
ANTECEDENTES DE ISQUEMIA: IAM: CARA COMPROMETIDA.....
TRATAMIENTO:FIBRINOLÍTICO.....
ANGIOPLASTIA..... STEN..... CRM..... AÑO..... NÚMERO DE EVENTOS(IAM/ISQUEMIA):
EVOLUCIÓN: PATOLOGÍAS ASOCIADAS: HTA..... INSUFICIENCIA
CARDIACA: TRATAMIENTO ACTUAL: ACO.....
CAPACIDAD FUNCIONAL:SIGNOS ACTUALES DE ISQUEMIA:

TRAER ÚLTIMOS: ECG Y ECOCARDIOGRAMA CON FEY VI % (del último año)

LABORATORIO con RIN si está ACO. (de los últimos 3 meses)

FECHA: / /

FIRMA Y SELLO
CARDIÓLOGO TRATANTE

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