



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"