



Dirección  
General de  
Habilitación a  
Conductores

## CERTIFICADO TRASPLANTE HEPÁTICO

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

Fecha de trasplante hepático: ..... Complicaciones: .....

Tratamiento farmacológico: .....

Grado de insuficiencia hepática (si corresponde) y puntuación en clasificación de CHILD-PUGH: .....

OBSERVACIONES: .....

Evolución: ..... Pronóstico: .....

**TRAER LABORATORIO CON HEPATOGGRAMA, ALBÚMINA Y COAGULOGRAMA CON RIN (últimos 6 meses).**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
MEDICO TRATANTE

Fecha: / /

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a la conducción.”