



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 HEPATOGRAMA, ALBÚMINA Y COAGULOGAMA CON RIN (últimos 6 meses).

Firma y Sello
MEDICO TRATANTE

Fecha: / /

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