



Dirección
General de
Habilitación a
Conductores

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Sr. /Sra.: DNI:

DIAGNÓSTICO ESPECIFICO

MEDICACIÓN ACTUAL

VALOR DE RIN

COMPLICACIONES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (TROMBÓTICAS, HEMORRÁGICAS)

REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE O HEMODERIVADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.....

LABORATORIO: RIN (del último mes).

Firma / Sello
Hematólogo Tratante.

Fecha: ____/____/____

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”

