



Dirección
General de
Habilitación a
Conductores

CERTIFICADO TRATAMIENTO DE ANEURISMAS DE GRANDES VASOS

Sr./Sra.: DNI:

Diagnóstico:

COMPLICACIONES:

Inicio de tratamiento: Tratamiento actual:

Medicación (Si la HUBIESE) y dosis:

Evolución: Pronóstico:

¿Requiere cirugía?: SI ☐ NO ☐ ¿Fue operado? SI ☐ NO ☐ Fecha de cirugía:

TRAER Ecodoppler arterial de segmento vascular comprometido (del último año).

Firma y Sello
MEDICO TRATANTE

Fecha: / /

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