



PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD
DE ORIGEN CARDIOVASCULAR

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

APELLIDOS Y NOMBRES	
DNI/LE/LC	

1 - DIAGNÓSTICO

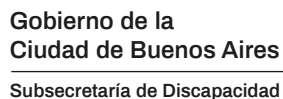
2 - CLASE FUNCIONAL

3 - TRATAMIENTO MÉDICO

4 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

5 - ECOCARDIOGRAMA

Prueba funcional ergonometría/ spect	Mets		
	Signos de isquemia	Si	No
	Prueba	Positiva	Negativa



Dirección General de Investigación de Políticas
para Personas con Discapacidad
CENTRO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

HOJA 2/2

[illegible]

**FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO ACTUANTE**