



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



6 - DETALLE DE SECUELAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

FECHA

**FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO ACTUANTE**