CERTIFICADO DE TRATAMIENTO

Se solicita al Sr/a.....DNI: .....

Diagnóstico: .....

Complicaciones: .....

Inicio de tratamiento: ..... Tratamiento actual: .....

Medicación (SI LA HUBIESE) Y dosis: .....

Evolución:.....Pronóstico:.....

Así mismo indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de Vehículo .....

Si requirió pedido de **estudios y/o laboratorios** se deben informar a continuación:

Estudio por Imagen: ……..…….. .Fecha ……/……/……

Conclusiones: ……

……

……

Laboratorio: Fecha: …./……/…….. .Valores: ……

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"