# CERTIFICADO TEMBLOR

Sr./Sra:..... DNI:.....

Tipo de Temblor: …….....

Si Padece PARKINSON, Diagnóstico con Estadificación (Hoehn & Yahr): ……....

Manifestaciones extramotoras: .....

Minimental test: .....

Medicación actual: .....

Modificación de medicación o dosis en los últimos 6 meses: ……..

.....

Efectos adversos a la medicación: .....

Puntuación Test UPDRS Parte III realizada en ON : .....

En caso de estar en período diagnóstico completar:

Estudio por imágenes (**RMN cerebro**): Fecha: ……/……/……

Conclusiones del mismo: ……..……

……..……

……

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
NEURÓLOGO TRATANTE

*"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"*