CERTIFICADO PSIQUIÁTRICO

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

Diagnóstico según DSM IV: .....

Inicio de tratamiento (fecha): ..... Alta (fecha): .....

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

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

Tiempo libre de crisis: .....

Evolución y pronóstico: .....

.....

.....

Indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículos:

.....

_____ _____/_____/_____

FIRMA Y SELLO
PSIQUIATRA

FECHA

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"