



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.

APELLIDO Y NOMBRES			
DNI			
DIAGNOSTICO			
CLASE FUNCIONAL			
TRAT. MEDICO			
TRAT. QUIRURGICO			
ECOCARDIOGRAMA			
PRUEBA FUNCIONAL ERGOMETRIA/SPECT	METS		
	SIGNOS DE ISQUEMIA	SI	NO
	PRUEBA	NEGATIVA	POSITIVA

--- / --- / ---

FECHA

----- FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE
--