

Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad

**PLANILLA DE EVALUACION
CONDICION DE SALUD: 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 del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre		
D.N.I		
Diagnostico		
Clase Funcional		
Tratamientos Quirúrgicos		
Eco cardiograma	FEY	

ERGOMETRIA o SPECT				
METS		Con drogas, signos de isquemia	SI	NO
Clase funcional		Con ejercicio	METS	
			Clase funcional	

*Los estudios originales con tiempo que no superen los 6 meses de efectuados, deberán ser presentados ante la Junta Evaluadora.

*Fotocopia de D.N.I. y de poseer obra social copia de carnet.

Fecha:...../...../.....

.....
Firma y Sello del medico actuante