

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 de Personas con Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre		
D.N.I		
Diagnóstico		
Clase Funcional		
Tratamientos Quirúrgicos		
Eco cardiograma (fecha)	FEY	
Prueba Funcional Ergometría/SPECT	METS	
	Signos de isquemia SI NO	
	Prueba NEGATIVA POSITIVA	

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

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

.....

Firma y sello del especialista