

INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

Deberá ser completada por el médico tratante con letra clara y en forma completa. La misma tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá solicitar información ampliatoria en caso de requerirlo.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

DIAGNÓSTICO	
CLASE FUNCIONAL	
TRATAMIENTO MÉDICO	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
ECOCARDIOGRAMA (Obligatorio adjuntar estudio)	
PRUEBA FUNCIONAL: ERGOMETRÍA/SPECT	METS:
	Signos de isquemia: SI NO
	Prueba: NEGATIVA POSITIVA

FECHA:...../...../.....

.....

Firma y sello del médico tratante.