

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

**INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES
 CARDIOVASCULARES**

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara, firmado, con sello y fecha (de los últimos 12 meses).

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

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

DIAGNÓSTICO CIE 10	
CLASE FUNCIONAL (Según New York Heart Association)	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
ECOCARDIOGRAMA (Obligatorio adjuntar estudio)	FEY %: PSAP (mmHg):
PRUEBA FUNCIONAL: ERGOMETRÍA/SPECT	METS:
	Signos de isquemia: SI NO
	Prueba: NEGATIVA POSITIVA
TEST DE LA MARCHA (metros)	
VO2 max (ml/kg/min)	
DISNEA (Según escala de Disnea de MMCR-ATS)	

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

.....
Firma y sello del médico tratante.

- **Presentar copia del DNI del beneficiario.**
- **Para menores de 16 años agregar copia del DNI del padre, madre, tutor o curador designado judicialmente.**
- **Si tiene Obra Social, copia del carnet.**