

## PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN CARDIOVASCULAR

Esta planilla debe ser completada por médico especialista en forma completa y con letra clara. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente y solicitar estudios adicionales si es necesario. Los estudios originales, con un tiempo que no superen los 6 meses de efectuados, deberán ser presentados junto con la fotocopia de los informes.

APELLIDO Y NOMBRES	
D.N.I.	
DIAGNÓSTICO	
CLASE FUNCIONAL	
TRATAMIENTO MÉDICO	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
ECOCADIOGRAMA	
PRUEBA FUNCIONAL ERGOMETRÍA/SPECT	METS
	SIGNOS DE ISQUEMIA    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	PRUEBA    NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA <input type="checkbox"/>
FEY	

/    /  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello de Médico Especialista