

### Planilla de patologia de origen Cardiovascular

La presente planilla deberá ser completada por médico especialista con letra clara y en forma completa. La Junta Evaluadora de Personas con Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona. Los estudios originales, con un tiempo que no supere los 6 meses de efectuados, deberán ser presentados junto con la fotocopia de los informes.

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

<b>Diagnóstico:</b>	
<b>Clase funcional:</b>	
<b>Fecha de inicio de la enfermedad:</b>	
<b>Tratamiento médico:</b>	
<b>Tratamiento quirúrgico:</b>	
<b>Ecocardiograma:</b>	_____ _____ <b>FEY:</b>
<b>Prueba Funcional Ergometría /SPECT</b>	<b>METS</b> _____ <b>Signos de isquemia SI _____ NO _____</b> <b>Prueba NEGATIVA _____ POSITIVA _____</b>

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

.....

Firma y sello de Médico Especialista