



**014 – PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICION DE SALUD  
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 Nombres                     |  |
| D.N.I.                                 |  |
| Diagnóstico                            |  |
| Clase funcional                        |  |
| Tratamiento médico                     |  |
| Tratamientos quirúrgicos               |  |
| Ecocardiograma                         | FEY  |
| Prueba Funcional<br>Ergometría / SPECT | METS   |
|  | Signos de Isquemia      SI              NO         |
|  | Prueba                      NEGATIVA      POSITIVA |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| _____/_____/_____<br>Fecha | .....<br>Firma y sello de Médico Especialista |
|----------------------------|---|