**Planilla para Personas con condición 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 |  |  |  |
| Tratamiento |  |  |  |
| quirúrgico |  |  |  |
| Ecocadiograma |  |  |  |
|  | METS | | |
| Prueba Funcional | Signos de isquemia SI NO | | |
| Ergometría/SPECT |
|  | Prueba | NEGATIVA | POSITIVA |

Fecha: ……/……/…….

………………………..

Firma y Sello de Médico Especialista