



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Sr. /Sra.: DNI:

DIAGNÓSTICO ESPECIFICO

COMPLICACIONES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (TROMBÓTICAS, HEMORRÁGICAS).....

REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE O HEMODERIVADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.....

LABORATORIO. RIN (último mes previo al examen).....

Recomendación para la conducción: SI / NO.....

TRAER LABORATORIO.

Firma / Sello
Hematólogo Tratante.

Fecha: ____ / ____ / ____

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”

