



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO / ALTA

C. A. B. A..... /..... /.....

Se solicita al Sr/a.....

DNI:, Certificado de Tratamiento/Alta.

Diagnóstico según DSM IV.....

Inicio de tratamiento (fecha)....., Alta (fecha)

Medicación (SI LA HUBIESE)....., dosis.....,

Tiempo libre de crisis.....

Evolución y pronóstico.....

.....

.....

. Así mismo indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículos de

Categoría.....

Recomendación para la conducción: SI/ NO

Firma y sello del Profesional

IMPORTANTE: A continuación, se detallan los siguientes puntos de importancia.

Especificar los mencionados a continuación:

- **Atención y concentración.**
- **Mecanismos de defensa.**
- **Tolerancia a la frustración.**
- **Control de los impulsos y manejo de la ansiedad.**
- **Actitud frente a las normas.**
- **Criterio de realidad y Juicio de realidad.**