



Dirección
General
Habilitación de
Conductores

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO/ ALTA

Se solicita al Sr/a.....

DNI: Diagnóstico:

Complicaciones: Requirió cirugía:

Tratamiento actual:.....

Medicación (SI LA HUBIESE) Y dosis:.....

Evolución:.....

Pronóstico:

Fecha de alta:

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

Firma del Profesional.

Fecha: ___ / ___ / ___

“Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir”