

DIRECCION DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA ARMADA

Pacientes con Enfermedad Celiaca

A llenar por el Afiliado

Apellido y Nombre
Afiliado N°:ARA PNA
Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio:.....Teléfono:.....
Localidad:.....C.P.:
Delegación:
Firma del afiliado o familiar:

A llenar por el Profesional responsable del tratamiento

Apellido y Nombre:.....Mil Civil
Domicilio:.....Teléfono de contacto:.....
Especialidad:.....Institución:.....
N° de Matrícula Provincial:.....Mat. Nac.:.....
Diagnostico Principal (Código OMS).....
HARINAS SIN TACC (cantidad mensual):.....
Fecha:/...../.....
Firma y sello del Profesional:.....

HISTORIA CLINICA QUE JUSTIFICA SU PEDIDO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS QUE CONFIRMAN LA ENFERMEDAD: (adjuntar fotocopias)

- 1) Laboratorio:.....
- 2) Biopsia:.....