

INFORME MÉDICO

D./Dña.....
co núm. de colexiado....., médico concertado, Licenciado/a ou Doutor en Medicina e Cirurxía ou especialista en
solicitude do/da interesado/a e para a súa presentación na Mutualidade Xeral de Funcionarios Cívís do Estado, sinalo que:

D./ Dña.:

con NIF:

Data diagnóstico inicial da enfermidade:

Está diagnosticado/a segundo o Protocolo do Ministerio de Sanidade para o diagnóstico precoz da enfermidade celíaca e/ou os criterios establecidos para o diagnóstico pola Sociedade Europea de Gastroenteroloxía, Hepatoloxía e Nutrición pediátrica (ESPAGHAN) para nenos e adolescentes de*:
(*señálese lo que proceda.)

- 1) Alerxia ao glute/trigo
- 2) Enfermidade celíaca
- 3) Sensibilidade ao trigo/sensibilidade ao glute non celíaca
- 4) Outros:.....

- Tratamento actual:.....

En _____, a _____ de _____ de _____

Asdo.: