



## INFORME MÉDICO

D./Dña.....  
con el nº de colegiado/a ..... , médico/a concertado/a, Licenciado/a o Doctor/a en  
Medicina y Cirugía o especialista en.....a solicitud de la persona interesada  
y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que:

D./ Dña.: .....  
con NIF: .....

Fecha diagnóstico inicial de la enfermedad: .....

Está diagnosticado/a según el *Protocolo del Ministerio de Sanidad para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca y/o los criterios establecidos para el diagnóstico* por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica (ESPAGHAN) para niños/as y adolescentes de\*:  
(\*señálese la opción que proceda)

- 1)  Alergia al gluten/trigo
- 2)  Enfermedad celíaca
- 3)  Sensibilidad al trigo/sensibilidad al gluten no celíaca
- 4)  Otros: .....

- Tratamiento actual: .....

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: