

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.: