SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

Formulario de solicitud de cobertura de harinas y premezclas libres de Gluten. Ley 26.588

Apellido y Nombre:	
N° de socio:	Edad (en años):
Domicilio:	
Teléfono particular:	Teléfono móvil:
E-mail:	

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA QUE JUSTIFIQUE ENFERMEDAD CELÍACA

Sexo: _____ Talla: _____ Peso: _____

Actividad física (SI/NO): _____ Frecuencia semanal: _____

_____

_____

RESULTADO DE ESTUDIOS LABORATORIO Y BIOPSIA (DEBE ADJUNTARSE COPIA DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA)

Laboratorio	Fecha
Biopsia	**Fecha**

Lugar y fecha: _____ Firma y sello profesional _____