



**PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE CELIACO**

**APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR:** .....

SECCIONAL: .....N° DE CARNET: .....PLAN: .....

DOMICILIO: .....PISO: .....DTO: .....

LOCALIDAD: .....

TELEFONO: .....

ENFERMEDAD CELIACA: (indicar SI o NO).....

**APELLIDO Y NOMBRE DEL CONYUGE:** .....

N° DE CARNET: .....

ENFERMEDAD CELIACA: (indicar SI o NO).....

**GRUPO FAMILIAR:**

(Indicar únicamente los datos de los familiares que padezcan la enfermedad).

<p><b>APELLIDO Y NOMBRE HIJA/O:</b> .....</p> <p><b>N° DE CARNET:</b> .....<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> .....</p>
--

<p><b>APELLIDO Y NOMBRE HIJA/O:</b> .....</p> <p><b>N° DE CARNET:</b> .....<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> .....</p>
--

<p><b>APELLIDO Y NOMBRE HIJA/O:</b> .....</p> <p><b>N° DE CARNET:</b> .....<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> .....</p>
--

**CONSUMO MENSUAL AUTORIZADO:**

FECHA: .....

HARINAS

PREMEZCLA ÑOQUIS

PREMEZCLA PIZZA

PREMEZCLA BI\ COCHUELO

PREMEZCLA

PREMEZCLA

PREMEZCLA