



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

OSP • OBRA SOCIAL
PROVINCIA

FORMULARIO
ENFERMEDAD CELIACA

Datos del Paciente:	
Apellido y Nombre	
Afiliado N°	Edad
Fecha de Nacimiento	Sexo
Afiliado Directo	
Afiliado Indirecto	
Domicilio	
Diagnóstico:	
Fecha del diagnóstico	
Historia Clínica (explicitar enfermedades relacionadas y principales manifestaciones de la enfermedad actual):	
Resultados de laboratorios específicos: Ac antiendomisio (EMA): Resultado: Fecha: Ac anti transglutaminasa (ATGt): Resultado: Fecha: Ac antigliadina (AGA): Resultado: Fecha: Otros Ac: Resultado: Fecha:	
Biopsia: Clasificación de Marshall Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV	
Otros Estudios por imágenes o laboratorios relacionados con la enfermedad aunque no sean diagnóstico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Datos Nutricionales Valor calórico promedio recomendado por día: Peso Talla BMI	
Datos del Medico Solicitante	
Nombre y Apellido	
Especialidad	
MP N°	Fecha
Firma y Sello Médico Tratante:	

Este documento tiene valor de declaración jurada y autoriza a la DOS a utilizar esta información solo con fines epidemiológicos y bioestadísticos.