



DATOS DEL CELIACO

Nombre:

Apellido1:

Apellido2:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

**Si es igual que el anterior, no es necesario.**

Domicilio:

C.P:

Isla:

Teléfono:

e-mail:

Profesión:

Fue diagnosticado/-a como celiaco/-a en (C. Hospitalario):

Por el Dr. /a:

Especialista en:

Seguimiento:

Por el Dr. /a

Diagnóstico con fecha..... Nº de Biopsias.....

Síntomas antes del diagnóstico

.....

.....

Padece otra patología (Diabetes, Dermatitis Herpetiforme, ...)

.....

.....

¿Familiares celíacos?

- Hermano/a
- Padre/madre
- Otros

OBSERVACIONES: