**MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FACULTATIVO** | | | | | |
| ***NOMBRE:*** | | | ***APELLIDOS:*** | | |
| ***CIAS:*** | | | ***Nº COLEGIADO/A:*** | | |
| ***Servicio Público de Salud:*** | | | | | |
| ***Entidad***  ***Concertada:*** |  |  | |  |  |

**C E R T I F I C A:**

que la persona/paciente cuyos datos de identificación se exponen en la parte inferior de este certificado, está afectada por la enfermedad celiaca con el siguiente diagnóstico médico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, precisando el seguimiento de una dieta exenta de gluten.

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONA AFECTADA POR ENFERMEDAD CELIACA** | |
| ***NIF:*** | ***NOMBRE:*** |
| ***APELLIDOS:*** | |

Lo que se expide a petición del paciente indicado o su representante legal D./Dª.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En a / / 20 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del facultativo