



## CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

Apellido y nombre: .....

Edad: ..... DNI: .....

Contacto: .....

Apellido y Nombre del profesional tratante: .....

Matrícula N°: ..... Especialidad: .....

Dirección laboral: ..... Teléfono/s: .....

Año de diagnóstico: .....

Síntomas presentados: .....

.....

Exámenes médicos realizados y resultados obtenidos: .....

.....

.....

Tratamiento indicado: .....

FIRMA:

FECHA:

ACLARACIÓN:

SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE:

El certificado deberá ser presentado de 10 a 14 hs. en Servicios Estudiantiles.

Se informa a los profesionales que la ausencia de cualquiera de los datos solicitados hará inválido este certificado. Asimismo, que los datos volcados podrán ser corroborados por la Dirección de Salud Estudiantil, Secretaría de Bienestar Universitario, UNCuyo.

