

# INFORME MÉDICO

D./Dña.....  
con el nº de colegiado....., médico concertado, Licenciado/a o Doctor en Medicina y Cirugía o especialista en .....a solicitud del/de la interesado/a y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que:

D./ Dña.: .....

con NIF: .....

- Fecha diagnóstico inicial de la enfermedad celiaca: .....

- Diagnóstico en el momento actual sobre la enfermedad celiaca padecida :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Tratamiento actual:

.....  
.....  
.....  
.....

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: