



OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

## PRESTACIÓN DINERARIA PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CELÍACA

### DATOS DEL AFILIADA / O:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Documento (tipo y nº): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº Afiliada/o: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL AFILIADA / O TITULAR:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nº Afiliada/o: \_\_\_\_\_ Tel/Cel/Contacto: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

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

Bs.As, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del / la Solicitante

# CONSTANCIA MEDICA DE ENFERMEDAD CELIACA

## INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL DIAGNÓSTICO

Tiene Enfermedad Celíaca diagnosticada en el año: \_\_\_\_\_

### SEROLOGÍA

SEROLOGÍA AL DIAGNÓSTICO	RESULTADO	
Anticuerpo Antigliadina IgA		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpo Antigliadina IgG		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpos Antiendomiso IgA		(Indique + / - )
Anticuerpos Antiendomiso IgG		(Indique + / - )
Anticuerpos Transglutaminasa IgA		(Indique el valor obtenido)
Anticuerpos Transglutaminasa IgG		(Indique el valor obtenido)
Informe de la Endoscopia		
Informe de Anatomía Patológica		

### AREA PRESTACIONES Y SALUD

Informe de Auditoría Médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello responsable