

**F.109** (v.2.2)

Área Planes Especiales  
Uso Interno

H.C.N°

OBS

**TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA**

**REQUISITOS PRIMERA VEZ:**

- ORIGINAL FORMULARIO F.109 (v2.2)
- FOTOCOPIA DE CARNET, AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA DNI, 1° y 2° hoja y domicilio
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNÓSTICO

**REQUISITOS RENOVACIÓN:**

- ORIGINAL FORMULARIO F.109 (v2.2)
- CONSTANCIA PLAN RENOVAR (ORIGINAL)
- FOTOCOPIA DE CARNET, AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE CONTROL OBLIGATORIOS PARA RENOVAR (SOLO ANÁLISIS DE LAB.)

**EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO EN AMBAS CARAS Y SER LEGIBLE**

Nombre y Apellido			
D.N.I.	Edad	Fecha Nacimiento / /	
Domicilio	Barrio		
Localidad	Teléfono		
Médico	M.P.	Teléfono	
Especialidad			
E-mail			

**HISTORIA CLÍNICA**

Síntomas presentados antes de llegar al diagnóstico (marcar con una X)

INFANCIA		ADOLESCENCIA		ADULTO	
Vómitos		Anemia		Diarrea	
Diarrea		Dolor Abdominal Diarrea		Irritabilidad	
Náuseas		Estreñimiento		Cambios en el Comportamiento	
Anorexia		Meteorismo		Disminución del Apetito	
Astenia		Estomatitis		Pérdida de Peso	
Distensión Abdominal		Corta Estatura		Anemia	
Pelo Frágil		Dermatitis		Dermatitis Herpetiforme	
Hipotrofia Muscular		Cefaleas		Osteoporosis	
Retraso del Crecimiento		Retraso Puberal		Fracturas	
Irritabilidad		Menarca Tardía		Estreñimiento	
Introversión				Abortos	
Anemia				Infertilidad	
Formación de Hematomas				Convulsiones	
Defectos Esmalte Dental				Migraña	
Corta Estatura				Ataxia	
				Miocardopatías	

**PLANES ESPECIALES PRESCRIPCIÓN**

PACIENTE: .....

PATOLOGÍAS ASOCIADAS : .....

FAMILIARES CELÍACOS : .....

**ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS (DETALLAR)**

DE LABORATORIO: SI  NO  VALOR DE ANTITRANGLUTAMINAS:.....

ENDOSCOPIA: .....

BIOPSIA: SI  NO

OBSERVACIONES: .....

Fecha: / /

Firma y Sello Médico Prescriptor

**IMPORTANTE: MEDIANTE ESTE FORMULARIO SE TRAMITA COBERTURA ESPECIAL  
SERÁ RECHAZADO SI NO ESTÁ COM,PLETO (AMBAS CARAS) O NO SEA LEGIBLE**

**RESERVADO AUDITORÍA MÉDICA**


Fecha: / /

Firma Auditor