



## PLAN DE CELIAQUÍA

.....de..... de 20.....

Señora  
Delegada Rectoral del ISSUNNE  
Dra. María Mercedes González  
S-----/-----D:

El que suscribe .....

DNI N° ....., agente de la Facultad/Instituto .....,

se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, con el objeto de solicitar se lo incluya dentro del Plan de Cobertura asistencial para celíacos, establecido por Disposición N° 1095/12, cuyos términos y alcance declaro conocer, a .....(afiliado titular/adherente), para lo cual acompaño:

- a) Historia clínica donde se fundamente la necesidad del tratamiento para celíacos.
- b) Fotocopia de los estudios de laboratorio de anticuerpos específicos en sangre.
- c) Fotocopia de biopsia intestinal.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

DOMICILIO: .....

CUIT/CUIL N°:.....

TELEFONO/CELULAR: .....

OBSERVACIONES: .....

.....

Firma del afiliado titular

INFORME N° .....

Expte. N° .....

TITULAR:..... DNIN° .....

CARGO: .....DEDICACION:.....

VENCIMIENTO: .....INST./FAC:.....

BENEFICIARIO: ..... DNIN° .....

Depto. Registro y Afiliaciones. .... / ..... / .....

Firma del Responsable



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

INFORME DE AUDITORIA MÉDICA: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma Asesor Médico

**DELEGADA RECTORAL:** Se toma conocimiento y se autoriza la inclusión de ..... en el Plan de Celiaquía dispuesto por Resol.1095/12.

Firma del Delegada

**DESPACHO** En la fecha se dicta Disposición N° .....y se incluye a..... en el Plan de Celiaquía.-

Fecha: ..... /...../.....

Firma del Responsable

**DEPTO. REGISTRO Y AFILIACIONES.** En la fecha se carga en sistema el alta respectivo conforme a Disposición N°..... siga a MESA para su archivo.

Fecha: ..... /...../.....

Firma del Responsable

**MESA.** En la fecha se procede al archivo de las presentes actuaciones.

Fecha: ..... /...../.....

Firma del Responsable