



ENCUESTA DE REGISTRO

1. Apellido y Nombre: _____
2. N° de Afiliado: _____
3. Edad: _____
4. Domicilio Actual: _____
5. Localidad: _____ CP: _____
6. Teléfono particular: _____ Celular: _____
7. E-mail: _____ *(no olvide completar este ítem, ya que será a través de este medio que lo mantendremos informado)*

8. ¿Desde cuándo es celíaco? _____

9. ¿Cada cuánto se realiza estudios? _____

10. ¿Qué tipo de estudios realizó? _____

11. ¿Consume algún medicamento como parte del tratamiento celíaco (en caso afirmativo, indicar cuáles):

12. ¿Quisiera hacernos algún comentario o sugerencia?

13. Fecha de solicitud: _____