

## ENFERMEDAD CELÍACA (Apéndice II)

### CONTROL NUTRICIONAL

Apellido y nombre

DNI

Edad

Fecha de nacimiento

Fecha de control

### DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Talla

Peso

IMC

### ADHERENCIA A LAS INDICACIONES

Evolución: Buena

Regular

Mala

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del profesional*