



## HOJA DE INSCRIPCIÓN

### DATOS DE LA PERSONA AFECTADA POR ALERGIA A ALIMENTOS

Apellidos y nombre	
Fecha de nacimiento	
DNI	
Domicilio particular	
Código postal	
Población	
Provincia	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	
Correo electrónico	
Dirección Facebook	
Dirección Twitter	
Whatsapp	
Profesión	

### RELLENAR EN CASO DE QUE LA PERSONA AFECTADA SEA MENOR DE EDAD:

Apellidos y nombre padre	
Profesión padre	
DNI	
Apellidos y nombre madre	
Profesión madre	
DNI	

### DATOS RELATIVOS A ALERGIAS (marcar lo que proceda)

Leche	
Huevo	
Pescado	
Tenera	
Moluscos	
Crustáceos	
Soja	
Legumbres	
Frutos secos (indicar cuáles)	
Verduras (indicar cuáles)	
Frutas (indicar cuáles)	
Otras alergias alimentarias (indicar cuáles)	



Ambientales (indicar cuáles)	
Medicamentos (indicar cuáles)	
Otras enfermedades (asma...)	

¿ A qué edad se le diagnosticó la alergia?: \_\_\_\_\_

¿ Quién le diagnosticó alergia a alimentos?:  
1) Pediatra \_\_\_\_\_

2) Alergólogo: \_\_\_\_\_

Otros especialistas (nombre y especialidad): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar si tiene o ha tenido **dermatitis atópica** Sí No  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

Indicar si tiene o ha tenido **asma** Sí No  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

Indicar si ha sufrido alguna **anafilaxia** Sí No  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

Indicar si ha estado **hospitalizado/a por reacción alérgica.** Sí No  
Motivo y número de veces: \_\_\_\_\_

Indicar si tiene prescrito **autoinyector de adrenalina** Sí No  
\_\_\_\_\_

¿Está diagnosticado de Esofagitis Eosinofílica? Sí No

¿Su alergia es mediada por IGE? Sí No



## NECESIDADES

Los mayores problemas se plantean en relación a...	
Numérelos por orden de importancia	
Comer fuera de casa	
Escolarización	
Compra / etiquetado	
Miedo a una reacción	
Toma de medicamentos	
Asistencia médica y hospitalización	
Otro:	

### Otros datos que considere de interés:

---

---

---

## OBSERVACIONES

- Si se producen **cambios** en alguno de los datos aportados en la presente hoja de inscripción, por favor, comuníquelos a la asociación.