**Alergias y restricciones alimentarias**

Gracias por inscribirte en nuestro Curso de Verano. Durante el curso y/o las actividades podremos proveer alimentos y es por ello por lo que nos gustaría saber si tienes alguna alergia o restricciones alimenticias. Agradeceríamos que entiendas que, lamentablmente, no nos es posible vigilar todas dietas de los alumnos por lo que rogamos que tengas cuidado al comer.

**P1：Tengo alergia a alguna comida**

⇒　Ve a la P2　　　　　　　⇒　　Por favor, marca las correspondientes

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo de alimentos | Detalles |
| Huevos | De gallina De pescado　 Otros（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　） |
| Productos lácteos | leche　 mantequilla　 queso　  nata  cualquier producto que contenga lactosa　 otros (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Granos | trigo　 soba　 otros（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　） |
| Frutos secos | soja　 maní　 almendras　 nueces　otros（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |
| Crustáceos y marisco | camarón  cangrejo  calamares  marisco ( )　 otros（　　　　　　　　　 ） |
| Pescado | pescado en gral.  pescado azul　 de río　 otros（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| Carne | res　 cerdo　 pollo　 pato  cordero　 otros（　 　　　　　　　　　　　 　　　） |
| Fruta | melocotón　 manzana　 plátano　 kiwi　 mango　 otros（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| Otros |  |
| Síntomas y detalles a tener en cuenta | sintomas leves  síntomas severos, no puedo comerlos por indicación médica  extractos o esencias son aceptables  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**P2：Soy vegetariano/a**

⇒　Ve a la P3 　⇒　 Por favor, marca las correspondientes

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tipo |
|  | 1. Semivegetariano/a |
|  | 1. Semivegetariano/a (carne blanca) |
|  | 1. No carnívoro |
|  | 1. Piscivegetariano/a（pescetarian） |
|  | 1. Lacto-ovo-vegetariano/a |
|  | 1. Vegano/a |
|  | 1. Frugívoro |
|  | 1. Otros: |

**P3：Tengo hábitos alimenticios religiosos.**

No ⇒　Ve a la P4 　Sí ⇒　 Por favor, marca las correspondientes

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tipo |
|  | 1. Hinduismo |
|  | 1. Islam, religión musulmana |
|  | 1. Religión judía |

**P4**：Si tienes más información sobre tus alergias o hábitos alimenticios, por favor, índicanos los detalles a continuación.

|  |
| --- |
|  |

**Declaración del Estado de Salud**

Por favor, utiliza este formulario de declaración para proveer información relativa a tu actual estado de salud.

Para que todos los estudiantes estén saludables, es importante que los miembros facultativos sean conscientes de la condición de tu salud así que, por favor, rellena los siguientes campos de forma detallada.   
Ten en cuenta que no ofrecemos consulta médica ni medicamentos en la escuela. Esta declaración será confidencial.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Cuál es tu estado actual de salud? | | | Muy bueno  Normal  No muy bueno  Malo | | | |
| 1. ¿Estás en la actualidad bajo tratamiento debido a algún problema de salud? | | | No  Sí | | Desde Año/ Mes/  Nombre de la enfermedad (　　　　　　　　　　　　 　 　） | |
| 1. ¿Estás tomando algún medicamento actualmente? (Incluyendo medicamentos de sin receta) | | | No  Sí | | Fecha de la prescripción: Año/ Mes/ Medicamento: 　Tranquilizante 　somníferos Fármaco antiepiléptico  Medicamento para asma   Otros:（　　　 　 　 　　　　　　 　） | |
| 1. ¿Has sido sometido a cirugía o has estado hospitalizado en los últimos 5 años? | | | No  Sí | | Fecha: Año/ Mes/  Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 1. ¿Presenta usted alguno de los siguientes antecedentes médicos? 2. En caso afirmativo, por favor, elige la opción correspondiente a continuación y rellena los detalles. | | | | | | |
| 1. Tuberculosis | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Estado actual 　Recuperado/a　 　Medicándome | | |
| 1. Trastorno mental | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Depresión  Ansiedad  Trastorno de pánico  Insomnio　　 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad（TDAH)  Other ( ) | | |
| 1. Alergias, incluyendo asma | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Comida  Fármaco  Productos químicos  Otros（　　　　　　　　　　 　　　　 ） | | |
| 1. Malaria u otro tipo de enfermedad contagiosa | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Nombre: | | |
| 1. Diabetes | No  Sí | Comienzo  Año/ Mes/ | | Estado actual  　Tomando medicamentos  　Inyecciones de Insulina | | |
| 1. Convulsiones   o ataques epilépticos | No  Sí | Comienzo  Año/ Mes/ | |  | | |
| 1. Otras | No  Sí | Comienzo  　Año/ Mes/ | | Estado actual  Recuperado/a　  Medicándome | | |
| 1. ¿Tienes un historial de vacunación? | | Tuberculosis  Triple viral  Polio  Sarampión  Rubeóla   Difteria  Tétano  Meningitis　  Otras（　　　 ） | | | | |
| 1. Necesidades especiales por tratamiento alimenticio o restricciones de dieta | | No  Sí | | | | Desde: Año/ Mes/  Detalles（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Por favor, escribe cualquier información relacionada con tu salud que la escuela deba saber con anticipación. | | | | | | |

\*El abajo firmante certifica por la presente haber leído la política de anulación y reembolso.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del interesado:** |  |  | **Fecha:** | **AAAA/ MM/ DD/** |