

**Apellidos y Nombre:**

1. ¿Tiene intolerancia a algún alimento? SI / NO Específica ante qué componentes o alimentos se produce la intolerancia.
2. ¿Tiene alergia a algún alimento? SI / NO. Específica ante qué componentes o alimentos se produce la alergia y en caso de alergia o reacción, que síntomas puede mostrar y que actuación hay que llevar a cabo:
3. ¿Tiene algún tipo de alergia a algún medicamento? SI / NO. Indica a cuáles y en caso de herida o golpe qué podemos aplicar:
4. ¿Sigue algún tipo de dieta? SI / NO
5. Bebidas y comidas contraindicadas (chuches, frutos secos, refrescos):
6. Indica qué alimentos **no le gustan**:
7. Indica que aperitivos, dulces, bebidas, alimentos puede comer (y le gustan). También puedes hacer una relación con las marcas o restaurantes dónde comer. Esto nos dará alternativas para que el usuario pueda decidir entre las opciones lo que quiere comer:
8. **OBSERVACIONES** (anota aquí aquellos aspectos importantes que no hayan sido contemplados en el cuestionario, también puedes contemplar miedos o fobias):

En Alcalá de Henares a ..... de..... de 2021

Fdo.: .....

(Padre/madre, tutor o representante legal)

Fdo.: .....

(Padre/madre, tutor o representante legal)