

**DATOS CONFIDENCIALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

- **¿Padeces alguna enfermedad actualmente?**  NO  SI Si es así, explica:

\_\_\_\_\_

- **¿Eres alérgico a animales, alimentos, polvo, polen, medicamentos...?**  NO  SI

\_\_\_\_\_

En caso de reacción alérgica, ¿qué protocolo ha de seguirse y qué medicación debes tomar?

\_\_\_\_\_

(Explicarlo en una hoja aparte si es necesario)

- **¿Necesitas una dieta especial? (Intolerancias, alergias...)**  NO  SI

¿Qué alimentos no puedes tomar?: \_\_\_\_\_

- **¿Tienes alguna lesión, fractura o condición que te impida realizar alguna actividad?**  NO  SI

\_\_\_\_\_

- **¿Tienes problemas relacionados con el sueño?: (Incontinencia, sonambulismo...)**  NO  SI

\_\_\_\_\_

- **¿Has sido operado u hospitalizado por algún motivo importante que debamos saber?**  NO  SI

\_\_\_\_\_

- **¿Padeces hiperactividad o tienes dificultades de atención/ aprendizaje?**  NO  SI

\_\_\_\_\_

- **¿Sufres mareos?**  NO  SI \_\_\_\_\_

- **¿Tienes asma?**  NO  SI \_\_\_\_\_

- **¿Sufres hemorragias con frecuencia?**  NO  SI \_\_\_\_\_

- **¿Tienes otras enfermedades, dolencias o algo que añadir?**  NO  SI

\_\_\_\_\_