



SUL AMERICANO JUVENIL - QUITO 2020



FORMULARIO DE ALERGIAS, INTOLERANCIA Y RESTRICCIONES ALIMENTARIAS / ALLERGY, INTOLERANCE AND FOOD RESTRICTIONS

Información General / Personal Information

Nombre / Name:	Pasaporte / Passport:
	País / Country:
Apellido / Last Name:	Hotel / Accommodation:
	Habitación/Room Number:

Tipo de Alergia o Intolerancia de Alimentos/Food Allergy or Food Intolerance

Alergia a cacahuates(maní) / Peanuts Allergy	<input type="checkbox"/>	Alergia a las nueces y semillas / Nuts and Seeds Allergy	<input type="checkbox"/>
Alergia al pescado / Seafood Allergy	<input type="checkbox"/>	Alergia a las almejas / Clams Allergy	<input type="checkbox"/>
Alergia al huevo / Egg Allergy	<input type="checkbox"/>	Alergia a la harina / Flour Allergy	<input type="checkbox"/>
Intolerancia al gluten / Gluten Intolerance	<input type="checkbox"/>	Intolerancia a la lactosa / Lactose Intolerance	<input type="checkbox"/>
Alergia a frutas o verduras / Fruit or Veggies Allergy	<input type="checkbox"/>	Alergia a los cítricos / Citrus Allergy	<input type="checkbox"/>

Otros/Other:

Anafilaxias / Anaphylaxis	Si/Yes <input type="checkbox"/>	Auto-Inyección de epinefrina o adrenalina / Self-Injection of epinephrine or adrenaline	Si/Yes <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

Descripción breve de la alergia y/o la intolerancia a alimentos / Short description of food allergy and food intolerance:

Información Personal / Personal Information

Tipo de Sangre / Blood Type:	Alergia a Medicamentos / Allergy Medications :

Firma / Signature