ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX
AEPNAA

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

Estimado amigo/a:

Agradecemos tu solicitud de información sobre nuestra Asociación y el deseo de pertenecer a ella. A continuación te informamos de las actividades que realizamos y adjuntamos los impresos necesarios para hacerte socio.

Celebramos **reuniones de socios** de AEPNAA, principalmente en Madrid pero también en otras Comunidades Autónomas donde contamos con coordinadores. Suelen ser el último sábado de mes en horario de tarde para facilitar la asistencia de socios. Estarás puntualmente informado. En estas reuniones procuramos tratar temas que sean de interés y utilidad en el mundo de las alergias, contando siempre con los conocimientos de expertos sobre la materia.

Difundimos, a través de envío por correo electrónico, las noticias de actualidad y eventos sobre la alergia a alimentos y al látex, tanto en el terreno clínico como en alimentación, ingredientes a evitar, productos y materiales concretos, alertas alimentarias y farmacéuticas, orientaciones de productos con ingredientes alergénicos, etc. Mantenemos, asimismo, contactos con fabricantes a los que les pedimos un certificado de los ingredientes utilizados en sus productos, y enviamos su respuesta a los socios. **AEPNAA es una mera transmisora de la información**.

Además, editamos otras **publicaciones informativas** como: revista "Alergias al día", libro "Alergia a alimentos y ahora qué?", guías para profesores, guía para familiares, libro de postres, listas de ingredientes y aditivos, lista de objetos cotidianos que sean o puedan ser de látex, etc. y trabajamos en **proyectos de formación** para centros educativos, empresas de alimentación, hostelería y restauración, centros sanitarios y para los mismos pacientes, sus familiares y cuidadores.

Contamos con los siguientes SERVICIOS:

-**asesoramiento general y personalizado** en las distintas áreas que nos afectan. Tienes a tu disposición el **teléfono de atención e información**, 91 560 94 96 (de lunes a jueves de 9:30 a 12:30) así como el correo electrónico aepnaa@aepnaa.org, donde puedes hacernos llegar todas tus dudas y consultas.

-**servicio de dietética y nutrición** que planifica dietas, orienta sobre el valor nutricional de una dieta adecuada y resuelve dudas al respecto.

-**servicio de acogida a nuevos socios**, presencial o vía telefónica, previa cita, para orientaciones iniciales en el manejo de la alergia a alimentos y/o al látex en el día a día.

-**servicio de asesoramiento médico**, previa petición vía email. No sustituye a la consulta médica.

-**servicio de información sobre alérgenos en medicamentos, productos sanitarios y de parafarmacia.**

-área privada en la web y el foro de AEPNAA

-grupo privado de socios en Facebook (previa solicitud de acceso a Aepnaa)

-campamento de verano de una semana para nuestros niños y adolescentes.

-**descuentos** en clínicas y tiendas especializadas.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

Necesitamos tu apoyo y colaboración para seguir con nuestra labor, tu cuota nos permitirá seguir realizando actividades y acciones para mejorar entre todos nuestra calidad de vida. Contribuirás a que la Asociación tenga mayor fuerza en sus reivindicaciones ante organismos públicos y privados. Cuantos más somos, más información recogemos e intercambiamos, más se nos escucha y atiende.

PAGAMOS UNA CUOTA ANUAL DE 54,00 €
Se puede dividir en dos pagos anuales a partir del segundo año como socio/a.

Esta cuota de 54€ se paga anualmente **por unidad familiar**, independientemente de que en la misma haya uno o varios miembros con alergia a alimentos y/o látex. Incluye el envío de documentación y publicaciones al alta en formato digital.

Una vez que hayas entregado la documentación correspondiente y hayas realizado el ingreso del pago para ser socio, te daremos la bienvenida a nuestra Asociación por medio de la más completa información actualizada sobre el mundo de las alergias: recibirás una guía completa de la alergia, un libro con recetas detalladas para preparar postres para alérgicos y toda la información de interés emitida un año atrás.

Esperamos que pronto formes parte de nuestra Asociación, deseando seas parte activa de la misma, pues estamos abiertos a cualquier idea o sugerencia que los socios nos hagan llegar. AEPNAA somos todos y cada uno de sus socios.

Recibe un cordial saludo,

Ángel Sánchez Sanz
Presidente de AEPNAA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX
AEPNAA

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

COMO HACERSE SOCIO DE AEPNAA

(LEER DETENIDAMENTE TODA LA DOCUMENTACIÓN)

DEBE REMITIR AL DOMICILIO DE AEPNAA

1. Solicitud de alta en *Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex* AEPNAA

2. Hoja de inscripción, debidamente cumplimentada con los datos del socio

3. Copia del informe médico donde se detalle el diagnóstico del afectado (sólo socios de número*)

4. Original o copia del resguardo del ingreso o transferencia bancaria de los 54 Euros en concepto de CUOTA ANUAL.

BANKIA

Titular de la Cuenta: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX AEPNAA

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA
ES58	2038	1099	58	6000352781

5. Datos de domiciliación bancaria que aparecen en la hoja de inscripción, debidamente cumplimentados, para las cuotas de los próximos años. Estos datos son necesarios para realizar el alta, pudiendo posteriormente solicitar la baja en próximos recibos.

6. Si deseáis que el Servicio de dietética y nutrición planifique una **dieta personalizada**, debéis ingresar conjuntamente con la cuota de inscripción **12 euros más,** como coste adicional por este servicio, y señalar en la hoja de inscripción la casilla **SI** en la pregunta "Desea que se le planifique la dieta personalizada". Os enviaremos el cuestionario de hábitos alimenticios para que lo rellenéis con los datos que os solicitamos.

UNA VEZ RECIBIDA TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA PROCEDEREMOS A DARLE DE ALTA EN AEPNAA Y LE ENVIAREMOS A LA MAYOR BREVEDAD LA DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE SOBRE SU ALERGIA

***Socios de número (según Estatutos):** "serán los que ingresen después de la constitución de la Asociación, siendo afectados o familiares en primer grado de consanguinidad de afectados por alergia a alimentos y/o látex"
***Socios adheridos (según Estatutos): "**serán los que ingresen después de la constitución de la Asociación, no cumpliendo los requisitos para ser socios de número"

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX
AEPNAA

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

HOJA DE INSCRIPCIÓN EN AEPNAA

SOLICITUD DE ALTA
(Socios de número)

Muy Sres. míos:

_____

(Nombre y apellidos de la persona afectada, sus padres o tutores legales, si es menor)

Desea ser dado de alta como socio de número en la Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex AEPNAA, al día de la fecha:

_____, a___, de _____ de _____

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos: Los datos de carácter personal, que sean recabados de Ud. y referentes a su familia, son incorporados a un fichero automatizado, denominado Fichero de Socios, cuyo responsable es AEPNAA. La recogida de datos tiene como finalidad realizar el trabajo propio de la asociación a nivel organizativo y de gestión. La información facilitada y el resultado de su tratamiento no tienen como destinatarios a otras empresas, asociaciones o entidades, salvo que sea necesario para la gestión o tramitación de ayudas o beneficios para nuestros asociados. En todo caso, tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección: AEPNAA – AV. Manzanares 62 – 28019 Madrid.
Y para que conste el consentimiento, firmo la presente cláusula:

D/Dña.: (titular, padres o tutores)

D.N.I.

Firma: _____

INDIQUENOS POR FAVOR COMO TUVO CONOCIMIENTO DE AEPNAA:

Por amigos / conocidos	**1**	**En un Congreso / Evento**	**5**
Por Alergólogo / Pediatra	**2**	**Por otro socio/a**	**6**
Por Prensa / TV	**3**	**Por otro medio (indique cuál)**	**7**
Por Internet / Redes sociales	**4**	**_____**	

(especifique):_____

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX
AEPNAA

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

HOJA DE INSCRIPCIÓN EN AEPNAA

SOLICITUD DE ALTA
(Socio adherido)

Muy Sres. míos:

_____

(Nombre y apellidos del socio/a)

Desea ser dado de alta como socio adherido en la *Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex* AEPNAA, al día de la fecha:

_____, a___, de _____ de _____

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos: Los datos de carácter personal, que sean recabados de Ud. y referentes a su familia, son incorporados a un fichero automatizado, denominado Fichero de Socios, cuyo responsable es AEPNAA. La recogida de datos tiene como finalidad realizar el trabajo propio de la asociación a nivel organizativo y de gestión. La información facilitada y el resultado de su tratamiento no tienen como destinatarios a otras empresas, asociaciones o entidades, salvo que sea necesario para la gestión o tramitación de ayudas o beneficios para nuestros asociados. En todo caso, tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección: AEPNAA – AV. Manzanares 62 – 28019 Madrid.
Y para que conste el consentimiento, firmo la presente cláusula:

D/Dña.: (titular, padres o tutores)

D.N.I.

Firma: _____

INDIQUENOS POR FAVOR COMO TUVO CONOCIMIENTO DE AEPNAA:

Por amigos / conocidos	**1**	**En un Congreso / Evento**	**5**
Por Alergólogo / Pediatra	**2**	**Por otro socio/a**	**6**
Por Prensa / TV	**3**	**Por otro medio (indique cuál)**	**7**
Por Internet / Redes sociales	**4**	_____	

(especifique):_____

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX
AEPNAA

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

HOJA DE INSCRIPCIÓN DE AEPNAA

NOTA: Si hay más de un miembro de la unidad familiar con alergia a alimentos y/o látex, **completad una hoja de inscripción para cada uno**. Con una sola domiciliación y cuota, recibiréis la información sobre todas las alergias.

DATOS DEL SOCIO/A

APELLIDOS Y NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
PROFESION:			
DOCIMICILIO PARTICULAR:			
CODIGO POSTAL:		**POBLACIÓN:**	
PROVINCIA:			
TELÉFONO FIJO:		**TELÉFONO MOVIL:**	
CORREO ELECTRONICO:			

Si fuera menor

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE:	
PROFESION:	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA MADRE:	
PROFESION:	

DATOS RELATIVOS A LA ALERGIA (Cumplimentar sólo socios de número)

ALERGIAS (señalar lo que proceda)

Alimentos: Leche ☐ Huevo ☐ Pescado ☐ Ternera ☐ Cordero ☐ Cerdo ☐ Aves ☐
Soja ☐ Legumbres ☐ Frutos secos ☐ Frutas ☐ Verduras ☐ Cereales ☐
Otras: _____

Ambientales: Epitelio ☐ Hongos ☐ Pólenes ☐ (Decir cuáles) _____

Látex: Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐

Otras alergias: _____

A qué edad se le diagnosticó la alergia:			
Edad a la que toleró el alimento*:			
Centro hospitalario:			
Nombre alergólogo:			
Otro especialista (nombre y especialidad):			

Enviar esta información cuando se produzca

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX
AEPNAA

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

Si es alérgico a la leche, indicar la fórmula especial o sustituto que toma: _____

Indicar si tiene o ha tenido dermatitis atópica Sí ☐ No ☐
Tratamiento _____

Indicar si tiene o ha tenido asma Sí ☐ No ☐
Tratamiento _____

Indicar si tiene o ha tenido esofagitis eosinofílica Sí ☐ No ☐
Tratamiento _____

Indicar si ha sufrido alguna reacción de shock anafiláctico Sí ☐ No ☐
Tratamiento _____

Indicar si ha estado hospitalizado por una reacción alérgica. Sí ☐ No ☐
Motivo y número de veces _____

Si es alérgico al látex indicar si ha tenido problemas con objetos de goma o ambientes donde los había.
Indicar cuáles: _____

Indicar si es alérgico al látex y tuvo problemas con material sanitario o su ambiente.
Indicar cuáles: _____

DATOS ALERGIAS EN LA UNIDAD FAMILIAR

Indicar si hay antecedentes de alergia en su familia *

Padre ☐ Madre ☐ Hermanos ☐ Abuelos ☐ Tíos ☐

Tipo de alergia/s_____

NECESIDADES

Los mayores problemas se plantean a la hora de... (Señalar cuatro).

Comer fuera de casa ☐ Colegio ☐ Trabajo ☐ Etiquetado ☐ Miedo a una reacción ☐
Reconocer el látex ☐ Asistencia Sanitaria ☐ Concienciación de otras personas ☐

Desea que se le planifique la dieta personalizada Sí ☐ No ☐

OTROS

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, comunicarlo a la Asociación.
- El pago de las sucesivas cuotas se hará por DOMICILIACIÓN BANCARIA, según modelo adjunto de “Modalidad de pago: domiciliación bancaria”

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX

Avda del Manzanares, 62
Tel/Fax: 91 560 94 96
28019 Madrid
www.aepnaa.org
aepnaa@aepnaa.org

MODALIDAD DE PAGO: DOMICILIACIÓN BANCARIA

(Ejemplar para enviar a AEPNAA con los datos bancarios del socio)

Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
_____	_____	____	_____

IBAN:

D._____NIF: _____autorizo a la entidad bancaria_____oficina_____ D.C. _____

a que pague en mi nombre y con cargo a mi cuenta corriente/libreta de ahorro número _____, las cuotas anuales de 54 euros que le lleguen de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PERSONAS CON ALERGIA A ALIMENTOS Y LÁTEX AEPNAA

Fecha y firma:

(Cortar por la línea de puntos)

……