

**Table S1: Designed questionnaires in spanish, portuguese and english.**

**Designed questionnaire in spanish**

Nombre completo:	Edad:	años
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		

<p><b>1. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?</b></p> <p style="text-align: right; color: red;"><b>Marque solo una opción por fila</b></p>																							
a) Asma bronquial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
b) Urticaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
c) Alergia a la primavera (Rinitis alérgica)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
d) Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
e) Dermatitis atópica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
f) Alergia a insectos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
g) Alergia a los animales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
h) Conjuntivitis alérgica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
i) Alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
J) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
k) Anafilaxis inducida por el ejercicio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
l) Anafilaxis inducida por el ejercicio dependiente de alimentos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
m) Urticaria colinérgica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
n) Alergia a algún alimento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe																				
<p><b>2. ¿Ha presentado alguna molestia, síntoma o reacción adversa durante o después de realizar algún tipo de actividad física como caminar, bailar, hacer ejercicio o practicar algún deporte?</b></p> <p style="color: red;">Marque solo una opción</p> <p><input type="checkbox"/> Si (Siga con la pregunta 3)      <input type="checkbox"/> No (Pase a la pregunta número 19)</p>																							
<p><b>3. ¿Cuál de las siguientes actividades practicó o estaba practicando cuando aparecieron los síntomas?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fútbol</td> <td><input type="checkbox"/> Correr</td> <td><input type="checkbox"/> Subir escaleras</td> <td><input type="checkbox"/> Crossfit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Básquetbol</td> <td><input type="checkbox"/> Trotar</td> <td><input type="checkbox"/> Calistenia</td> <td><input type="checkbox"/> Paseo del perro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Béisbol</td> <td><input type="checkbox"/> Bailar</td> <td><input type="checkbox"/> Limpieza del hogar</td> <td><input type="checkbox"/> Ejercicio de pesas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caminata</td> <td><input type="checkbox"/> Esquí</td> <td><input type="checkbox"/> Yoga</td> <td><input type="checkbox"/> Ejercicio cardiovascular</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Otro ¿cual? _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Correr	<input type="checkbox"/> Subir escaleras	<input type="checkbox"/> Crossfit	<input type="checkbox"/> Básquetbol	<input type="checkbox"/> Trotar	<input type="checkbox"/> Calistenia	<input type="checkbox"/> Paseo del perro	<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Bailar	<input type="checkbox"/> Limpieza del hogar	<input type="checkbox"/> Ejercicio de pesas	<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> Esquí	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Ejercicio cardiovascular	<input type="checkbox"/> Otro ¿cual? _____			
<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Correr	<input type="checkbox"/> Subir escaleras	<input type="checkbox"/> Crossfit																				
<input type="checkbox"/> Básquetbol	<input type="checkbox"/> Trotar	<input type="checkbox"/> Calistenia	<input type="checkbox"/> Paseo del perro																				
<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Bailar	<input type="checkbox"/> Limpieza del hogar	<input type="checkbox"/> Ejercicio de pesas																				
<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> Esquí	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Ejercicio cardiovascular																				
<input type="checkbox"/> Otro ¿cual? _____																							
<p><b>4. ¿Qué tipo de esfuerzo físico estaba haciendo cuando los síntomas o molestias empezaron?</b></p> <p><input type="checkbox"/> A) Un esfuerzo que no aceleraba su respiración y le permitía hablar, cantar o silbar con normalidad</p> <p><input type="checkbox"/> B) Un esfuerzo que aceleraba su respiración al punto que se reduce su capacidad para hablar, cantar o silbar</p> <p><input type="checkbox"/> C) Un esfuerzo que aceleraba significativamente su respiración al punto que no podía cantar, hablar o silbar</p> <p><input type="checkbox"/> D) Estaba sentado, acostado descansando (en reposo)</p>																							
<p><b>5. ¿Aproximadamente, cuánto tiempo había pasado desde que inicio la actividad física hasta el momento de la aparición de las molestias o síntomas?</b></p> <p style="text-align: center; color: red;">Marque solo una opción</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 10 min    <input type="checkbox"/> 10 min-1 hr    <input type="checkbox"/> 1-2 hr    <input type="checkbox"/> 2-4 hr    <input type="checkbox"/> Más de 4 hr    <input type="checkbox"/> No sabe</p>																							

6. ¿Cuál(es) de los siguientes síntomas o molestias presentó cuando realizó la actividad física mencionada anteriormente?

Marque solo una opción por fila

- a) Ronchas o sarpullidos que pican  Si  No  No sabe  
b) Hinchazón  Si  No  No sabe  
¿Dónde? (Puedes marcar mas de una opción)  
 Párpados  Labios  Lengua  Cara  Otro: \_\_\_\_\_  No sabe

- c) Enrojecimiento de la piel  Si  No  No sabe  
¿Dónde? (Puedes marcar mas de una opción)  
 Brazos/manos  Cuello/cara  Pecho  Todo el cuerpo  Otro  No sabe

Marque solo una opción por fila

- d) Vómitos  Si  No  No sabe  
e) Dolor de estómago (abdominal)  Si  No  No sabe  
f) Diarrea  Si  No  No sabe  
g) Náuseas  Si  No  No sabe  
h) Congestión nasal  Si  No  No sabe  
i) Ojos rojos, picazón ocular, lagrimeo  Si  No  No sabe  
j) Rinitis (secreción nasal, lagrimeo ocular y congestión nasal)  Si  No  No sabe  
k) Tos  Si  No  No sabe  
l) Picazón de garganta  Si  No  No sabe  
m) Sensación de garganta apretada  Si  No  No sabe  
n) Dificultad para respirar  Si  No  No sabe  
o) Silbidos en el pecho  Si  No  No sabe  
p) Una baja presión que provoca mareo  Si  No  No sabe  
q) Desmayo  Si  No  No sabe

7. ¿Atribuye los síntomas mencionados con anterioridad a que consumió algún alimento y luego realizó alguna actividad física?

Marque solo una opción

- Si  No (Pase a pregunta 12)

8. ¿Cuánto tiempo paso desde que consumió el alimento y realizó la actividad física que desencadenó los síntomas mencionados anteriormente?

- Menos de 10 min  10 min-1 hr  1-2 hr  2-4 hr  Más de 4 hr  No sabe

9. ¿Qué alimento(s) produce(n) las molestias o síntomas mencionados con anterioridad cuando realizó la actividad física?

Puedes marcar una o más de las opciones

- Leche  Cacahuete  Nueces  Pescado  
 Camarón/crustáceos  Soya  Trigo  Huevo  
 Uvas  Vegetales ¿Cuál?  Otro ¿Cuál?

10. ¿Los síntomas mencionados con anterioridad se presentan de forma repetida cuando combina la ingesta del alimento con realizar actividad física?

Marque solo una opción

- Si  No  No sabe

11. En caso de no realizar actividad física ¿Puede consumir el/los alimento(s) sin presentar algún síntoma o malestar?

Marque solo una opción

- Si  No  No sabe

12. ¿Qué edad tenía la primera vez que presentó síntomas o molestias cuando realizó actividad física y había consumido el/los alimento(s) a los que le atribuye el problema? \_\_\_\_\_

Marca solo una opción

Menos de 5 años     5-12 años     13-18 años     19-30 años     Otra

(indique) \_\_\_\_\_

13. ¿Cuántas veces ha presentado los síntomas o molestias ocasionados por la actividad física en combinación con el consumo de el alimento alergénico?

Número de ocasiones \_\_\_\_\_  No sabe

14. ¿Acudió usted a consulta médica por los síntomas que presentó?

Marque solo una opción

Si     No (pase a la pregunta 16)     No sabe (pase a la pregunta 16)

15. ¿Ingresó usted a la sala de urgencias o fue atendido de urgencia por un médico?

Marque solo una opción

Si     No

16. ¿Debió tomar alguno de los siguientes medicamentos debido a los síntomas que presentó?

Puede marcar más de una opción

Antihistamínicos     Adrenalina     Corticoides     Inhaladores     Suero

No     No sabe

17. ¿Alguna vez se le indicó como parte del tratamiento adrenalina inyectable?

Marque solo una opción

Si     No     No sabe

18. ¿Ha tomado algunas de las siguientes precauciones para evitar tener una nueva reacción durante o después de realizar actividad física?

Puede marcar más de una opción

A) Dejar de consumir alimentos antes o después de realizar actividad física

B) Evitar hacer ejercicio en temporadas de mucho calor o de mucho frío

C) Evitar hacer ejercicio en ambientes húmedos

D) Retirar el alimento por completo de su dieta

E) Cambiar el lugar donde se realiza el ejercicio (en exteriores o interiores)

F) Evitar algunos fármacos como la aspirina o antiinflamatorios

G) Evitar el consumo de alcohol

19. ¿Algún familiar directo (padre, madre o hermanos) presenta alguna de las siguientes enfermedades?

Marque solo una opción por fila

a) Asma bronquial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
b) Alergia alimentaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
c) Alergia a la primavera (Rinitis alérgica)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
d) Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
e) Dermatitis atópica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
f) Alergia a insectos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
g) Alergia a los animales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
h) Conjuntivitis alérgica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
i) Urticaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
j) Alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
k) Anafilaxis inducida por el ejercicio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
l) Anafilaxis inducida por el ejercicio dependiente de alimentos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
m) Urticaria colinérgica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

n) Alergia a algún alimento

Si

No

No sabe

## Designed questionnaire in portuguese

Nome completo:

Idade: anos

Sexo:  Feminino  Masculino

### 1. Você já foi diagnosticado com alguma das seguintes doenças?

Marque uma única opção por fila

- |  |                              |                              |                                   |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| a) Asma brônquica  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| b) Urticaria   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| c) Alergia de primavera (Rinite alérgica)                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| d) Anafilaxia  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| e) Dermatite atópica   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| f) Alergia a insetos   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| g) Alergia a animais   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| h) Conjuntivite alérgica                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| i) Alergia a algum medicamento                               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| J) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| k) Anafilaxia induzida por exercício                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| l) Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| m) Urticaria colinérgica                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| n) Alergia a algum alimento                                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |

### 2. Você tem apresentado algum desconforto, sintoma ou reação adversa durante ou depois de realizar algum tipo de atividade física como caminhar, dançar, fazer exercício ou praticar algum esporte?

Marque apenas uma opção

Sim (Siga com a pergunta 3)

Não (Passe a pergunta número 19)

### 3. Qual das seguintes atividades você praticou ou estava praticando quando apareceram os sintomas?

- |                                       |                                 |  |   |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Futebol      | <input type="checkbox"/> Correr | <input type="checkbox"/> Subir escadas   | <input type="checkbox"/> Crossfit                               |
| <input type="checkbox"/> Basquete     | <input type="checkbox"/> Trotar | <input type="checkbox"/> Calistenia      | <input type="checkbox"/> Passeio com o cachorro                 |
| <input type="checkbox"/> Beisebol     | <input type="checkbox"/> Dançar | <input type="checkbox"/> Limpeza da casa | <input type="checkbox"/> Academia (exercícios com pesos)        |
| <input type="checkbox"/> Caminhada    | <input type="checkbox"/> Esqui  | <input type="checkbox"/> Yoga            | <input type="checkbox"/> Academia (exercícios cardiovasculares) |
| <input type="checkbox"/> Outro ;Qual? |                                 |  |   |

### 4. Que tipo de esforço físico você estava fazendo quando os sintomas ou desconforto começaram?

- A) Um esforço que não acelerava sua respiração e permitia falar, cantar ou assobiar com normalidade
- B) Um esforço que acelerava sua respiração ao ponto que reduz sua capacidade para falar, cantar ou assobiar
- C) Um esforço que acelerava significativamente sua respiração ao ponto que não podia cantar, falar ou assobiar
- D) Estava sentado, deitado descansando (em repouso)

### 5. Aproximadamente, quanto tempo havia passado desde que iniciou a atividade física até o momento da aparição do desconforto ou sintomas?

Marque apenas uma opção

Menos de 10 min     10 min-1 hr     1-2 hr     2-4 hr     Mais de 4 hr     Não sabe

**6. Qual(is) dos seguintes sintomas ou desconforto você apresentou quando realizou a atividade física mencionada anteriormente?**

Marque apenas uma opção por fila

- a) Urticária ou erupções que coceira     Sim     Não     Não sabe  
b) Inchaço     Sim     Não     Não sabe

Onde? (Você pode marcar mais de uma opção)

Pálpebras     Lábios     Língua     Cara     Outro: \_\_\_\_\_     Não sabe

c) Vermelhidão da pele

Sim     Não     Não sabe

Onde? (Você pode marcar mais de uma opção)

Braços/mãos     Pescoço/cara     Peito     Todo o corpo     Outro     Não sabe

Marque apenas uma opção por fila

- d) Vômitos     Sim     Não     Não sabe  
e) Dor de estômago (abdominal)     Sim     Não     Não sabe  
f) Diarreia     Sim     Não     Não sabe  
g) Náuseas     Sim     Não     Não sabe  
h) Congestão nasal     Sim     Não     Não sabe  
i) Olhos vermelhos, olho com coceira, lacrimejo     Sim     Não     Não sabe  
j) Rinites (secreção nasal, lacrimejo ocular e congestão nasal)     Sim     Não     Não sabe  
k) Tosse     Sim     Não     Não sabe  
l) Coceira na garganta     Sim     Não     Não sabe  
m) Sensação de aperto na garganta     Sim     Não     Não sabe  
n) Dificuldade para respirar     Sim     Não     Não sabe  
o) Assbios no peito     Sim     Não     Não sabe  
p) Uma baixa pressão que provoca tontura     Sim     Não     Não sabe  
q) Desmaio     Sim     Não     Não sabe

**7. Você atribui os sintomas mencionados anteriormente a algum alimento que consumiu e logo realizou alguma atividade física?**

Marque apenas uma opção por fila

Sim     Não (Passe a pergunta 12)

**8. Quanto tempo passou desde que você consumiu o alimento e realizou a atividade física que desencadeou os sintomas mencionados anteriormente?**

Menos de 10 min     10 min-1 hr     1-2 hr     2-4 hr     Mais de 4 hr     Não sabe

**9. Que alimento(s) produz(em) o desconforto ou sintomas mencionados anteriormente quando realizou a atividade física?**

Pode marcar uma ou mais opções

- Leite     Amendoim     Nozes     Peixe  
 Camarão/crustáceos     Soja     Trigo     Ovo  
 Uvas     Vegetais, Qual?     Outro, Qual?

**10. Os sintomas mencionados anteriormente se apresentam de forma repetida quando combina a ingestão de alimento com realizar atividade física?**

Marque apenas uma opção

Sim     Não     Não sabe

**11. No caso de não realizar atividade física, você pode consumir o/os alimento(s) sem apresentar algum sintoma ou mal-estar?**

Marque apenas uma opção

Sim     Não     Não sabe

12. Que idade você tinha a primeira vez que apresentou os sintomas ou desconfortos quando realizou atividade física e havia consumido o/os alimento(s) que você atribui o problema? \_\_\_\_\_

- Menos de 5 anos     5-12 anos     13-18 anos     19-30 anos     Outra

(indique) \_\_\_\_\_

13. Quantas vezes você já teve sintomas ou desconfortos causados por atividades físicas quando combina a ingestão de alimento alergênico?

Número de vezes \_\_\_\_\_  Não sabe

14. Você foi a uma consulta médica pelos sintomas que apresentou?

Marque apenas uma opção

- Sim     Não (passe a pergunta 16)     Não sabe (passe a pergunta 16)

15. Você foi ao pronto-socorro ou foi atendido com urgência por um médico??

Marque apenas uma opção

- Sim     Não

16. Você tomou algum dos seguintes medicamentos devido aos sintomas que apresentou?

Pode marcar mais de uma opção

- Anti-histamínicos     Adrenalina     Corticoides     Inaladores     Soro  
 Não     Não sabe

17. Você já recebeu injeção de adrenalina como parte do tratamento?

Marque apenas uma opção

- Sim     Não     Não sabe

18. Você tem tomado algumas das seguintes precauções para evitar uma nova reação durante ou depois de realizar a atividade física?

Pode marcar mais de uma opção

- A) Deixar de consumir alimentos antes ou depois de realizar atividade física  
 B) Evitar fazer exercício em temporadas de muito calor ou de muito frio  
 C) Evitar fazer exercício em ambientes úmidos  
 D) Retirar o alimento por completo da sua dieta  
 E) Mudar o lugar onde se realiza o exercício (ao ar livre ou dentro de casa)  
 F) Evitar alguns medicamentos como a aspirina ou anti-inflamatórios  
 G) Evitar o consumo de álcool

19. Algum familiar direto (pai, mãe ou irmãos) apresenta alguma das seguintes doenças?

Marque uma única opção por fila

- |  |                              |                              |                                   |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| a) Asma brônquica  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| b) Urticaria   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| c) Alergia de primavera (Rinite alérgica)                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| d) Anafilaxia  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| e) Dermatite atópica   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| f) Alergia a insetos   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| g) Alergia a animais   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| h) Conjuntivite alérgica                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| i) Alergia a algum medicamento                               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| J) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| k) Anafilaxia induzida por exercício                         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| l) Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| m) Urticaria colinérgica                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| n) Alergia a algum alimento                                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sabe |

## Designed questionnaire in English (not evaluated in the present study)

Name:	age: _____years old	
Sex:	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male

### 1. Have you been diagnosed with any of the following diseases?

Select only one option per row

- |   |                              |                             |  |
|---|------------------------------|-----------------------------|--|
| a) Bronchial asthma                             | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| b) Urticaria                                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| c) Spring allergy (Allergic rhinitis)           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| d) Anaphylaxis                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| e) Atopic dermatitis                            | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| f) Insect allergy                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| g) Animal allergy                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| h) Allergic conjunctivitis                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| i) Drug allergy                                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| J) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| k) Exercise-induced anaphylaxis                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| l) Food-dependent exercise-induced anaphylaxis  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| m) Cholinergic urticaria                        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| n) Food Allergy                                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |

### 2. Have you experienced any discomfort, symptom or adverse reaction while or after performing some kind of physical activity such as walking, dancing, exercising or playing sports?

Select only one option

- Yes (Go to question 3)       No (Go to question number 19)

### 3. Which of the following activities were you performing when the symptoms appeared?

- |  |                                  |   |  |
|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soccer                  | <input type="checkbox"/> Run     | <input type="checkbox"/> Climbing stairs    | <input type="checkbox"/> Crossfit        |
| <input type="checkbox"/> Basketball              | <input type="checkbox"/> Jogging | <input type="checkbox"/> Climbing stairs    | <input type="checkbox"/> Walking the dog |
| <input type="checkbox"/> Baseball                | <input type="checkbox"/> Dance   | <input type="checkbox"/> Household cleaning | <input type="checkbox"/> Weight exercise |
| <input type="checkbox"/> Walk                    | <input type="checkbox"/> Ski     | <input type="checkbox"/> Yoga               | <input type="checkbox"/> Cardio          |
| <input type="checkbox"/> Other, Which one? _____ |                                  |   |  |

### 4. What kind of physical effort were you doing when the symptoms or discomfort started?

- A) An effort that did not speed up his breathing and allowed him to speak, sing or whistle normally.
- B) An effort that sped up your breathing to the point that it reduced your ability to speak, sing, or whistle.
- C) An effort that significantly accelerated his breathing to the point that he could not sing, speak or whistle.
- D) I was sitting, lying resting (resting)

### 5. Approximately, how long had it been since you started physical activity until the discomfort or symptoms appeared?

Select only one option



Yes  No  I do not know

12. How old were you the first time that you experienced symptoms or discomfort while or after you were performing physically activity and ate the foods you attribute the problem? \_\_\_\_\_

Less than 5 years old  5-12 years old  13-18 years old  19-30 years old  Other (please provide)\_\_\_\_\_

Select only one option

13. How many times have you had symptoms or discomfort caused by physical activity in combination with the consumption of the allergenic food?

Number of times \_\_\_\_\_  I do not know

14. Did you go to the doctor for your symptoms?

Select only one option

Yes  No (Go to question 16)  I do not know (Go to question 16)

15. Did you go to the emergency room or were you treated urgently by a doctor?

Select only one option

Yes  No

16. Have you taken any of the following medications because of your symptoms?

You can select more than one option

Antihistamines  Adrenaline  Corticosteroids  Inhalers  Serum  
 No  I do not know

17. Have you ever had an adrenaline injection as part of treatment?

Select only one option

Yes  No  I do not know

18. Have you taken any of the following precautions to prevent a new reaction while or after performing physical activity?

You can select more than one option

- A) Stop consuming food before or after physical activity  
 B) Avoid exercising in very hot or cold seasons.  
 C) Avoid exercising in humid environments.  
 D) Completely eliminate foods from your diet.  
 E) Change the place where the exercise is carried out (outside or inside)  
 F) Avoid some medications such as aspirin or anti-inflammatories.  
 G) Avoid drinking alcohol  
 H) None

19. Does any of your first-degree relatives (father, mother or siblings) have any of the following diseases?

Select only one option per row

- |   |                              |                             |  |
|---|------------------------------|-----------------------------|--|
| a) Bronchial asthma                             | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| b) Urticaria                                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| c) Spring allergy (Allergic rhinitis)           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| d) Anaphylaxis                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| e) Atopic dermatitis                            | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| f) Insect allergy                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| g) Animal allergy                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| h) Allergic conjunctivitis                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| i) Drug allergy                                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| J) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |
| k) Exercise-induced anaphylaxis                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> I do not know |

l) Food-dependent exercise-induced anaphylaxis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> I do not know
m) Cholinergic urticaria	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> I do not know
n) Food Allergy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> I do not know

**Table S2. FDEIA Cohort**

		<b>Characteristics</b>	<b>n</b>
<b>Sex</b>	{	Male	2
		Female	7
<b>Type of physical activity</b>	{	Soccer	3
		Gym	3
		Running	2
		Basketball	1
<b>Intensity of physical activity</b>	{	Vigorous	6
		Moderate	2
		Rest	1
<b>Foods</b>	{	Milk and wheat	2
		Shrimp	2
		Milk and nuts	1
		Milk	1
		Nuts	1
		Not reported	1
<b>Precautions to prevent a new episode</b>	{	Avoided some medications such as aspirin or anti-inflammatory drugs	2
		Stopped consuming the suspicious food before or after physical activity	
		Did not take any precautions	2
		Subject avoided exercising in hot seasons or very cold	
		Avoid exercising in humid environments	1
		Change the place where the exercise is performed (outside or inside), avoid alcohol consumption	
		Subject completely eliminated the suspicious food from her diet	
Stopped consuming food before or after physical activity	1		