

PASAPORTE DE SALUD



AACOG

Alamo Area Council
of Governments

Mi información:

1° Nombre: _____

2° Nombre: _____

Apellido: _____

Domicilio: _____

Fecha de Nac: _____

Género: _____

Familiar Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Apellido: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Coloque foto aquí

2x2

Dígame (apodo): _____

Lo que me gusta

Lo que no me gusta

Contacto de atención médica

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Diagnósticos

Tipo de Sangre

Alergias

**Medicamentos que han sido
recetados por mis médicos.**

Información sobre mí

¿Qué idioma prefiero?

¿Cómo me comunico?

- No uso palabras Uso gestos Uso palabras
 Dispositivo de Com. Lenguaje de señas
 Otro: _____

¿Tengo un tutor? Yes No

¿Necesito ayuda para caminar? Yes No

¿Necesito ayuda para comer? Yes No

¿Tengo problemas de audición? Yes No

¿Tengo discapacidad visual? Yes No

Auxiliares que uso:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Lentes |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Comunicación | <input type="checkbox"/> Auxiliar Auditivo |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/scooter | <input type="checkbox"/> Ascensor de vehículos |
| <input type="checkbox"/> Andadera/Bastón | <input type="checkbox"/> Ayuda para el baño |

Otro: _____

Personas que me apoyan en mis decisiones.

Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono: _____

Mi atención de Salud

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Tipo: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Tipo: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Tipo: _____

Proveedores/Doctores

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Tipo: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Tipo: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____

Tipo: _____

Este trabajo cuenta con el apoyo del Consejo de Texas para Discapacidades del Desarrollo mediante una subvención de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL) de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), Washington, D.C. 20201, con una subvención 100% financiada con fondos federales por un total de \$5,907,507. Los esfuerzos del Consejo son los del beneficiario y no representan necesariamente los puntos de vista oficiales o un aval de ACL, HHS o el gobierno de los Estados Unidos.