



CENTER FOR
DEVELOPMENT
& DISABILITY

My Health Passport / Mi Pasaporte de Salud

Healthcare staff, please read this passport before you assess me or help me with my care.

Personal de Salud porfavor lea estepasa porte antes de evaluarme o ayudar con micuidado de salud.

I like to be called / Me gusta que me llamen:

Date of birth / Fecha de Nacimiento :

My Primary Care Physician /
Mi Médico de Salud Primaria:

Physician's Phone Number /



I would like the following person to be contacted with information about my health.
Me gustaría que las siguientes persona sean contactadas con información de mi salud.



Relationship / Relación:

Phone Number / Número de Teléfono:

I am my own guardian / Soy mi propio tutor:

Yes ☐ No ☐

My guardian is / Mi tutor es:

I have an Advance Directive / Tengo directrices Anticipadas:

Yes ☐ No ☐

Signature/ Firma _____ Relationship/ Relación _____ Date/Fecha _____



CENTER FOR
DEVELOPMENT
& DISABILITY

IMPORTANT/ IMPORTANTE

My diagnosis / Mi Diagnóstico:

My medical history / Mi Historial Médico:

My medications / Mis Medicamentos:

I am allergic to / Soy alérgico a:

A really important thing to know about me / Algo muy importante que debe saber sobre mi:



How I communicate /
Me comunico de manera:



How I would like you to communicate with me /
Me gustaría que se comunique conmigo de la siguiente forma:



I am very sensitive to/ Soy muy sensible a :



When dressing you may assist
me by / Cuando me visto me
puedes ayudar con:

When eating you may assist me by /
Cundo estoy comiendo me puedes
ayudar con:

Things I like / Cosas que me
gustan:



Other things to know about me / Otras cosas que
saber de mi son:



My Health Passport / Mi Pasaporte de Salud

Healthcare staff, please read this passport before you assess me or help me
with my care.

Personal de Salud porfavor lea estepasa porte antes de evaluarme o ayudar con
micuidado de salud.

I like to be called / Me gusta que me llamen:

Date of birth / Fecha de Nacimiento :

My Primary Care Physician /
Mi Médico de Salud Primaria:

Physician's Phone Number /



I would like the following person to be contacted with information about my health.
Me gustaria que las siguientes persona sean contactadas con
información de mi salud.



Relationship / Relación:

Phone Number / Número de Teléfono:

I am my own guardian / Soy mi propio tutor:

Yes ☐ No ☐

My guardian is / Mi tutor es:

I have an Advance Directive / Tengo directrices Anticipadas:

Yes ☐ No ☐

Signature/ Firma _____ Relationship/ Relación _____ Date/Fecha _____

IMPORTANT/ IMPORTANTE

My diagnosis / Mi Diagnóstico: 

My medical history / Mi Historial Médico: 

My medications / Mis Medicamentos: 

I am allergic to / Soy alérgico a: 

A really important thing to know about me / Algo muy importante que debe saber sobre mi: 

How I communicate /
Me comunico de manera:



How I would like you to communicate
with me /
Me gustaría que se comunique conmigo
de la siguiente forma:



How I react to medical procedures: /
Yo reacciono a los procedimientos
médicos: 

When I am in pain I show
it by: /
Cuando tengo dolor lo
demuestro de la siguiente manera:

My mobility needs are / Mis necesidades de movilidad son: 

Things that cause me distress / Cosas que
me causan angustia: 

If I am distressed you can help me by /
Si estoy angustiado me puedes ayudar
haciendo:



CENTER FOR
DEVELOPMENT
& DISABILITY

**My Health Passport /
Mi Pasaporte de Salud**



CENTER FOR
DEVELOPMENT
& DISABILITY

**My Health Passport /
Mi Pasaporte de Salud**