

Child's name/Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Cyber number/numero Cyber: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Social Security/Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Health Insurance Company/Campania de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Policy/Póliza #: \_\_\_\_\_

Name of Insured/ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Medicaid #: \_\_\_\_\_

SSI: \_\_\_\_\_

**Caregiver/Guardians Names/Nombre del Cuidador o Guardián:**

1. \_\_\_\_\_

(relationship/relación) \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono # \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(relationship/relación) \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono # \_\_\_\_\_

Preferred Language/Idioma Preferida: \_\_\_\_\_

Pediatrician/Primary physician/Pediatra/Medico Primario: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Family Support Partner/Compañero de Apoyo Familiar: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Care Manager/Coordinador de Servicios: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Mobile Response Worker/Trabajador de Atención Movil: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Behavioral Health History/Historia de Salud Mental:**

Diagnosis/Health Challenges, Developmental Disability, Substance Abuse Challenge/Diagnostico, Dificultades de Salud, Discapacidad del Desarrollo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical Challenges/Dificultades Medicas:**

Diagnosis/Health Concerns/Dificultades Medicas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergies/Alergias:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dietary Restrictions/Restricciones Alimentarias:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Treatment Providers and other Contacts/Proveedores de Tratamiento y otros Contactos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medications/Medicamentos:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Preferred Pharmacy/Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Preferred Hospital/Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

My child's school/Colegio de mi hijo: \_\_\_\_\_

My spiritual or clergy person/Mi Pastor o consejero spiritual: \_\_\_\_\_

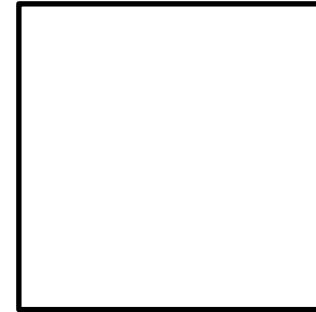
\_\_\_\_\_

**This is what I want to tell you about me/my child:  
Esto es lo que quiero comentar con relación a mí/mi hijo:**

*(For example, what are my triggers, what helps me, what upsets me, what is my favorite activity, my pet's name, what calms me, what my favorite food is, etc.)*

*(Por ejemplo, cuales son situaciones difíciles, que me ayuda, que me pone de mal genio/ cual es mi actividad preferida, el nombre de mi mascota, que me calma, cual es mi comida preferida, etc.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**My Child's Health Passport  
El Pasaporte de Salud de Mi Hijo**

Name of my child/Nombre de mi hijo: \_\_\_\_\_

Caregiver or Guardian/Nombre del Cuidador o Guardián: \_\_\_\_\_

Date of Completion/Fecha: \_\_\_\_\_

A project of the  
New Jersey Children's System of Care Partners in Monmouth County



732-222-8008



**Family Based  
Services Association  
732-542-4502**



**Children's Mobile Response  
& Stabilization Services  
1-877-652-7624**