

_____ Mi nombre es _____

_____ Prefiero que me llamen _____

_____ Los pronombres personales que uso son _____

_____ Uso estos apoyos y dispositivos que me ayudan _____

_____ En caso de emergencia, comuníquese con _____

Estas son algunas cosas que me
gustaría que sepa sobre mí

Cuando me pongo nervioso/a o molesto/a, yo

Puede ayudarme de esta forma

Cuando me ayude, por favor no

Children's
Specialized Hospital
Un establecimiento de
RWJBarnabas Health

Iniciativa financiada en parte por una
subvención del programa Inclusive Healthy
Communities Grant Program (Programa de
Subvenciones para Comunidades Sanas e
Inclusivas) de la División de Servicios para
Discapacitados del Departamento de
Servicios Humanos de Nueva Jersey.