PASSAIC POLICE DEPARTMENT

Autism/Special Needs/Alzheimer
Emergency Information Form

___(✔) New Registrant ___(✔) Update ___ (✔) Photos (passport size) Attached

Name of child/adult: _____
(Nombre del niño/adulto) (Last/Apellido) (First/Primer)

Nicknames: _____
(Apodos)

Date of birth: _____ Height: _____ Male____ Female_____ Race: _____
(Fecha de nacimiento) (Altura) (Varón) (Hembra) (Raza)

Weight: _____ Eye color: _____ Hair color: _____
(Peso) (Color de ojos) (Color de pelo)

Scars/Identifying marks: _____
(Cicatrices/Marcas de identificación)

Medical conditions: _____
(Condiciones médicas)

Medications: _____
(Medicamentos)

_____

Address: _____
(Dirección)

Phone number: _____ Other phone #: _____
(Número de teléfono) (Otro número de teléfono)

Method of communication if non verbal _____
(Metodo de comunicación si no es verbal)
(Example: sign language, written word, etc.) (Ejemplo: lenguaje de señas, escrito, etc.)

Identification worn: _____
(Example: jewelry/medical alert, clothing, tags, tracking monitor)
Identificación usada: (Ejemplo: joyería, alerta médica, ropa, etiquetas, monitor médico)

Triggers or aversion: _____
(Provocaciones o aversión)

Conversation starters; _____
(Como iniciar una conversación)

Inclination for wandering behaviors or characteristics that may attract attention:
(Comportamiento que le incline a errar/vagar, características que pueden atraer su atención)

_____

Favorite attractions or locations: _____
(Atracciones o lugares favoritos)

Likes and dislikes: _____
(Gustos y disgustos)

Signed by parent/guardian:
(Firmado por padre/guardián)_____

Address:
(Dirección):_____

Emergency contact information:
(Información de contacto de emergencía) _____

_____