

HOJA DE INFORMACIÓN DE SALUD DE INMIGRACIÓN

FECHA (Date) _____

APELLIDO (last) _____ NOMBRE (first) _____

Sex: Masculino (male) ____ Femenino (female) ____ Edad (age) _____

HISTORIA MÉDICA: ¡El solicitante solo debe completar la mitad superior!

Responda estas preguntas lo mejor que pueda. Por favor explique cualquier respuesta de "Sí".

1. ¿Tiene alguna enfermedad o condición médica?
(Do you have any medical illness or condition?) No Si _____
2. ¿Tiene alguna enfermedad mental o psiquiátrica?
(Do you have any mental or psychiatric illness?) No Si _____
3. ¿Toma medicamentos recetados?
(Do you take prescription medications?) No Si _____
4. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?
(Have you ever been hospitalized?) No Si _____
5. ¿Ha sido operado?
(Have you undergone surgery?) No Si _____
6. ¿Utiliza drogas ilegales o tiene antecedentes de problemas con el alcohol?
(Do you use illegal drugs or have a history of alcohol problems?) No Si _____
7. ¿Tiene alguna condición crónica relacionada con accidentes/lesiones?
(Do you have any chronic accident / injury-related conditions?) No Si _____
8. ¿Alguna vez ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)?
(Have you ever suffered from a sexually transmitted disease (STD)?) No Si _____
9. ¿Depende de otros para satisfacer sus necesidades diarias de cuidado personal?
(Are you dependent on others to meet your daily personal care needs?) No Si _____
10. ¿Puede asistir a la escuela o al trabajo?
(Are you unable to attend school or work?) No Si _____
11. Que usted sepa, ¿alguna vez ha tenido varicela?
(To your knowledge, have you ever had varicella (chicken pox)?) No Si _____
12. ¿Alguna vez ha dado positivo o ha recibido tratamiento para la tuberculosis (TB)?
(Have you ever tested positive or had treatment for tuberculosis (TB)?) No Si _____
13. ¿Cuenta con registros de vacunación o traducción al inglés?
(Do you have vaccination records or translation in English?) No Si _____
14. ¿Tiene seguro médico de algún tipo?
(Do you have health insurance of any kind?) No Si _____
15. SOLO MUJERES: ¿Está embarazada o está intentando quedar embarazada?
(WOMEN ONLY: Are you pregnant or attempting to become pregnant?) No Si _____

Afirmo que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

X

Firma del Examinado (Examinee Signature)

EXAMEN FÍSICO – Para ser completado por el examinador.

HT _____ WT _____ Temp _____ BP _____ Vision 20/ _____ OU _____ With Contacts / Glasses
Normal Comments

Skin _____

HEENT _____

Heart / Lungs _____

Extremities _____

Abdomen _____

Spine _____

Neurologic _____

Other _____

Examined by _____ Gregory Snider, MD _____ Jason Tewmey, PA-C

X _____

Gregory T. Snider, MD
Designated Civil Surgeon #10403