

## HOJA DE INFORMACIÓN DE SALUD DE INMIGRACIÓN

FECHA (Date): \_\_\_\_\_

APELLIDO (last name): \_\_\_\_\_

NOMBRE (first name): \_\_\_\_\_

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?<br><b>(Do you have any medical illness or condition?)</b>   | No | Si | _____ |
| 2. ¿Tiene alguna enfermedad mental o psiquiátrica?<br><b>(Do you have any mental or psychiatric illness?)</b>   | No | Si | _____ |
| 3. ¿Toma medicamentos recetados?<br><b>(Do you take prescription medications?)</b>  | No | Si | _____ |
| 4. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?<br><b>(Have you ever been hospitalized?)</b>  | No | Si | _____ |
| 5. ¿Ha sido operado?<br><b>(Have you undergone surgery?)</b>  | No | Si | _____ |
| 6. ¿Utiliza drogas ilegales o tiene antecedentes de problemas con el alcohol?<br><b>(Do you use illegal drugs or have a history of alcohol problems?)</b>               | No | Si | _____ |
| 7. ¿Tiene alguna condición crónica relacionada con accidentes/lesiones?<br><b>(Do you have any chronic accident / injury-related conditions?)</b>                       | No | Si | _____ |
| 8. ¿Tiene VIH o ha recibido tratamiento para el VIH?<br><b>(Do you have HIV, or have you been treated for HIV?)</b>   | No | Si | _____ |
| 9. ¿Alguna vez ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)?<br><b>(Have you ever suffered from a sexually transmitted disease (STD)?)</b>                 | No | Si | _____ |
| 10. ¿Depende de otros para satisfacer sus necesidades diarias de cuidado personal?<br><b>(Are you dependent on others to meet your daily personal care needs?)</b>      | No | Si | _____ |
| 11. ¿Hay algo que le impida asistir a la escuela o al trabajo?<br><b>(Does anything prevent you from attending school or work?)</b>                                     | No | Si | _____ |
| 12. Que usted sepa, ¿alguna vez ha tenido varicela?<br><b>(To your knowledge, have you ever had varicella (chicken pox)?)</b>   | No | Si | _____ |
| 13. ¿Alguna vez ha dado positivo o ha recibido tratamiento para la tuberculosis (TB)?<br><b>(Have you ever tested positive or had treatment for tuberculosis (TB)?)</b> | No | Si | _____ |
| 14. ¿Cuenta con registros de vacunación o traducción al inglés?<br><b>(Do you have vaccination records or translation in English?)</b>                                  | No | Si | _____ |
| 15. ¿Tiene seguro médico de algún tipo?<br><b>(Do you have health insurance of any kind?)</b>   | No | Si | _____ |
| 16. SOLO MUJERES: ¿Está embarazada o está intentando quedar embarazada?<br><b>(WOMEN ONLY: Are you pregnant or attempting to become pregnant?)</b>                      | No | Si | _____ |

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

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma del Examinado (Examinee Signature)

**HOJA DE INFORMACIÓN DE SALUD DE INMIGRACIÓN**

**APELLIDO (last name):** \_\_\_\_\_

**NOMBRE (first name):** \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Gregory T. Snider, MD  
Designated Civil Surgeon #10403