

Requisitos para el examen médico
de los aplicantes a la VISA de residencia
de Estados Unidos

ES IMPRESCINDIBLE TRAER EL PASAPORTE DE CADA APLICANTE A LA CITA MÉDICA

1. PASAPORTE VIGENTE: Si Ud acaba de renovar su pasaporte TRAIGA SU NUEVO PASAPORTE el día de su cita médica. Los niños deben tener sus propios pasaportes. PASAPORTE VIGENTE: ORIGINAL + UNA FOTOCOPIA LEGIBLE.
2. CUATRO (04) FOTOGRAFÍAS de frente fondo blanco tamaño CARNET: con no más de 6 meses de antigüedad. TAMAÑO => CARNET, CARNET, CARNET.
3. Control de vacunación en la que se especifiquen exactamente las vacunas recibidas y las fechas en que se colocaron. Se agradece traer ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE TARJETA DE VACUNACIÓN en HOJAS TAMAÑO CARTA. (Por favor NO LA RECORTE). Si Ud NO tiene tarjeta o constancia de vacunas, se le administrarán las vacunas que sean requeridas o falten de acuerdo a la edad.
4. NO se incluye el costo de las vacunas que sean necesarias para los aplicantes, las cuales deberán ser pagadas adicionalmente. Tenemos TODAS las vacunas necesarias PARA ADULTOS DISPONIBLES PARA EL MOMENTO.
5. Si Ud. tiene una condición medica debe traer sus documentos médicos para la consulta; esto aplica a niños y adultos.
6. Se les agradece a los APLICANTES => BAÑARSE Y USAR ROPA LIMPIA ANTES DE ACUDIR AL EXAMEN MÉDICO.
7. Formas de pago: EFECTIVO (((SOLO BILLETES NUEVOS))), TARJETAS DE DÉBITO Y PAYPAL; NO SE ACEPTAN CHEQUES NI TARJETAS DE CRÉDITO.
8. Se agradece **IMPRIMIR <<POR AMBAS CARAS EN UNA SOLA HOJA>>** el formato de LA HISTORIA MÉDICA **EN HOJA TAMAÑO CARTA las páginas 2 y 3** y TRAERLA LLENA el día de la consulta: 1 POR CADA APLICANTE **POR AMBOS LADOS**
9. **El aplicante DEBERÁ BUSCAR EN NUESTRAS OFICINAS EL SOBRE CON LOS DOCUMENTOS PARA ENTREGAR EN LA EMBAJADA: NOSOTROS NO ENVIAMOS los resultados a la Embajada de Estados Unidos.**

Por favor lea bien todas las instrucciones:

Si Usted NO trae TODOS los requisitos, genera retrasos de su atención el día de su cita médica.

HISTORIA MÉDICA Y EXAMEN FÍSICO

POR FAVOR RELLENE EN SU COMPUTADORA E IMPRIMA POR AMBAS CARAS

Cédula de identidad: _____

Apellidos y Nombres: _____ Fecha del examen (mm-dd-aaaa): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa): _____ Nro de Pasap: _____ Nro de Caso: _____

Edad: _____ Zona de resid.: _____ Tel. fijo: _____ Celular: _____ Fecha Cita Embaj: _____

Ciudad y Estado donde vivirá en Estados Unidos: _____ e-mail: _____

Historia Médica Pasada: Indique condiciones que requieren medicación u otros tratamientos rellenando el cuadro correspondiente a su respuesta y suministre detalles:

No	Si
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha sido hospitalizado ya sea por enfermedad, INCLUYENDO PSIQUIÁTRICA?</p>	
<p>Cardiología: Tiene o ha tenido Ud.?:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial (presión arterial alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca / angina de pecho / infarto miocárdico?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía reumática?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita?</p>	
<p>Pulmones</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuma o ha sido fumador? Actualmente fumador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido Asma?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Enfisema)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido tuberculosis (TB)? Diagnosticada (mes-año): ____/____</p> <p style="padding-left: 40px;">Si tuvo, fue tratada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene FIEBRE ACTUALMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene TOS ACTUALMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene SUDORACIÓN NOCTURNA ACTUALMENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha PERDIDO PESO? (NO por causa de dieta voluntaria)</p>	
<p>Psiquiatría</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene problemas de aprendizaje, inteligencia, cuidado personal, memoria o comunicación?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Enfermedad mental (depresión severa, desorden bipolar, esquizofrenia o retardo mental, estrés post-traumático, desorden esquizoafectivo)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de drogas diferentes de aquellas requeridas por razones médicas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene adicción, dependencia o ha abusado de sustancias como anfetaminas, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes hipnóticos y ansiolíticos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene otros abusos (incluyendo adicción o abuso al alcohol)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha causado daño físico serio a otra persona, ha causado daños a la propiedad privada o pública, o ha tenido problemas con la ley/policia por causa de una enfermedad física, enfermedad mental, o por influencia de alcohol o drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha tenido pensamientos de hacerse daño a sí mismo?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez actuó en base a esos pensamientos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha tenido pensamientos de hacerle daño a otros?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez actuó en base a esos pensamientos?</p>	
<p>Neurología</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido ACV (accidente cerebro-vascular)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene convulsiones?</p>	
<p>Obstetricia y enfermedades de transmisión sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Está embarazada? Fecha estimada del PARTO: mm-dd-aaaa) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SOLO MUJERES: Tiene HIJOS?: Especifique las fechas de nacimiento: mm-dd-aaaa: _____</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual: Especifique fecha y tratamiento:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chancroide: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonorrea: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Granuloma inguinal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Linfogranuloma venéreo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sífilis: _____</p>	
<p>Endocrinología</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Diabetes mellitus?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene enfermedades de la tiroides?</p>	
<p>Hematología</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene enfermedad de células falciformes (DREPANOCITOSIS)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene Talasemia mayor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene alguna otra enfermedad de la hemoglobina (hemoglobinopatía)</p>	
<p>Otras</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene HIV, previamente determinado; mm-aaaa de la prueba: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usa Lentes o lentes de contacto?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padece o padeció algún tipo de CÁNCER? Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene ENFERMEDAD CRÓNICA del hígado, incluyendo hepatitis crónica?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Lepra? Diagnosticada (mm-aaaa): _____ Tratada (mm-aaaa): _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene alguna otra enfermedad que requiera de tratamiento? Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene Usted alguna discapacidad visible (incluyendo pérdida de brazos o piernas)? Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. Varicela o Lechina?</p>	

Especifique TODOS LOS MEDICAMENTOS que usted toma actualmente:

Cirugías a las que ha sido sometido: Por favor indique todas las cirugías previas (Si se trata de ojos, brazos o piernas, por favor indique si es derecha o izquierda):

(NO RELLENE A PARTIR DE ESTE PUNTO: PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO)

Observaciones: _____ VACUNAS: ADACEL MMR
_____ HEPAT A HEPAT B
_____ MENINGOC VARICELA
_____ Prevenar 13 Pneumo23
_____ INFLUENZA _____

Examen físico Altura: _____ cm Peso: _____ Kg IMC: _____ Kg/m2	PA: _____ / _____ mmHg FC: _____ /min	Temperatura: _____ °C FR: _____ /min	Agudeza visual a 20pies <input type="checkbox"/> Lentes de contacto Sin corregir: OI: 20/ _____ OR: 20/ _____ Corregida: OI: 20/ _____ OR: 20/ _____
--	--	---	--

Hallazgos del examen físico: N= Normal; A= Anormal; NR= No realizado

N	A	NR		N	A	NR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Región inguinal (incluyendo adenopatías)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema musculoesquelético (incluyendo marcha)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oído y orejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades (incluyendo pulsos, edema)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel (incluyendo hipopigmentación, anestesia, lesiones autoinfligidas o inyecciones)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz, boca y garganta (incluyendo dientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematológicos (incluyendo signos de anemia como palidez y coiloniquia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón (R1, R2, soplos, frotos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema nervioso (incluyendo agrandamiento de nervios)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen (incluyendo hígado y bazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado mental (incluyendo humor, inteligencia, percepción, procesos del pensamiento y comportamiento durante el examen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales (incluyendo infecciones)				

Referencia a Psiquiatría; si fue referido, anexar informe

Resultado de VDRL: Dils Conducta:

Despistaje de gonorrea:
NAAT urinario: Fecha: Conducta: