

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 + FOTOCOPIA LEGIBLE:** Si Ud acaba de renovar su pasaporte TRAIGA SU NUEVO PASAPORTE el día de su cita médica. Los niños deben tener sus propios pasaportes.
2. UN (01) **SOBRE TAMAÑO MEDIA CARTA** POR CADA APLICANTE
3. **CUATRO (04) FOTOGRAFÍAS de frente fondo blanco tamaño CARNET:** con no más de 6 meses de antigüedad. (TAMAÑO => CARNET, C A R N E T, CARNET).
4. 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 Usted NO tiene tarjeta o constancia de vacunas, se le administrarán las vacunas que sean requeridas o falten de acuerdo a la edad.
5. NO se incluye el costo de las vacunas que sean necesarias para los aplicantes, las cuales deberán ser pagadas adicionalmente. Tenemos TODAS las vacunas que están disponibles PARA ADULTOS; algunas se cotizan en dólares.
6. Si Ud. tiene una condición médica debe traer INFORME MÉDICO para la consulta; esto aplica a niños y adultos.
7. Se les agradece a los APLICANTES => BAÑARSE Y USAR ROPA LIMPIA ANTES DE ACUDIR AL EXAMEN MÉDICO.
8. Formas de pago: EFECTIVO (SOLO BILLETES DEL NUEVO CONO), TARJETAS DE DÉBITO Y PAYPAL; NO SE ACEPTAN CHEQUES NI TARJETAS DE CRÉDITO NI BILLETES DE Bs 100, 50, 20 o 10, NI TAMPOCO DE CIEN MIL.
9. Se agradece RELLENAR EN LA COMPUTADORA, 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.
OJO: 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

RELLENE EN SU COMPUTADORA E IMPRIMA POR AMBAS CARAS (Se requiere Acrobat reader)

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: _____ Ciudad 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): ___/_____ Si tuvo, tratamiento completado: (mes-año): ___/_____</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 Enfermedad psicológica/psiquiátrica mental (depresión mayor, desorden bipolar, esquizofrenia?)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene problemas severos de aprendizaje, inteligencia, cuidado personal, memoria o comunicación?</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 uso de sustancias o desórdenes inducidos por el uso o adicción, dependencia 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) _____ Fecha del último período menstrual: 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"/> Sífilis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonorrea: _____</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</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 REACTIVO EN SANGRE; FECHA mm-aaaa: _____</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 DE LOS RIÑONES o de la VEJIGA?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene ENFERMEDAD CRÓNICA del hígado, incluyendo HEPATITIS B o C?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido tratamiento para LEPROA? Tratamiento completado: (mm-aaaa): _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene alguna otra enfermedad que requiera de tratamiento? Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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 6 metros <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

<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <th align="left">N</th> <th align="left">A</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apariencia general <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estado nutricional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audición y oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nariz, boca y garganta (incluyendo dientes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Corazón (R1, R2, soplos, frotos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen (incluyendo hígado y bazo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos 	N	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <th align="left">N</th> <th align="left">A</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema musculoesquelético (incluyendo marcha) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades (incluyendo pulsos, edema) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hematológicos (incluyendo signos de anemia como palidez y coiloniquia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema nervioso (Secuelas de ACV o parálisis cerebral u otras alteraciones neurológicas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estado mental (incluyendo humor, inteligencia, percepción, procesos del pensamiento y comportamiento durante el examen) 	N	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	A								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
N	A								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Altura uterina, si es aplicable: _____									

Salud mental:

Referencia hecha a psiquiatría; si fue realizada anexar informe.

Cualquier alteración física o mental (excluyendo adicción o abuso de sustancias específicas según el CSA (Acta de Sustancias Controladas) pero incluyendo otras alteraciones relacionadas a sustancias).
 Clase A, con comportamiento violento; lista de desórdenes: _____ Clase B, SIN comportamiento violento; lista de desórdenes: _____

Adicción o abuso de alguna sustancia específica del CSA (Acta de Sustancias Controladas):
 Clase A, lista de sustancias: _____ Clase B, EN REMISIÓN; lista de sustancias: _____