

# USCIS Historial Medico



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

¿EN TODA SU VIDA, ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE?:

Para las respuestas afirmativas, en el reverso indique el número de artículo, la fecha, la institución tratante, los tratamientos y el estado médico actual.

|                                                                                                 |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Tuberculosis o radiografía de tórax anormal                                                  | Sí / No |
| 2. Vivió con alguien que tenía tuberculosis                                                     | Sí / No |
| 3. Sangre al toser                                                                              | Sí / No |
| 4. Dificultad para respirar                                                                     | Sí / No |
| 5. Tos frecuente o tos nocturna que duró más de 3 semanas                                       | Sí / No |
| 6. Fiebres o sudores nocturnos persistentes                                                     | Sí / No |
| 7. Pérdida de la visión en cualquiera de los ojos                                               | Sí / No |
| 8. Enfermedad o molestia ocular                                                                 | Sí / No |
| 9. Problemas de oído, nariz o garganta                                                          | Sí / No |
| 10. Pérdida de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo                                       | Sí / No |
| 11. Artritis o articulación hinchada                                                            | Sí / No |
| 12. Problemas estomacales o úlceras                                                             | Sí / No |
| 13. Problemas hepáticos o ictericia                                                             | Sí / No |
| 14. Problemas intestinales                                                                      | Sí / No |
| 15. Sangre en la orina                                                                          | Sí / No |
| 16. Hombres: secreción uretral<br>Mujeres: flujo vaginal purulento                              | Sí / No |
| 17. Infección de transmisión sexual como gonorrea o sífilis                                     | Sí / No |
| 18. Llagas o úlceras en cualquier área de la piel o la boca                                     | Sí / No |
| 19. Infección crónica                                                                           | Sí / No |
| 20. Pérdida de peso no deseada                                                                  | Sí / No |
| 21. Cualquier ganglio linfático agrandado                                                       | Sí / No |
| 22. Meningitis o encefalitis                                                                    | Sí / No |
| 23. Enfermedad neurológica                                                                      | Sí / No |
| 24. Ha sido evaluado o tratado por un trastorno mental                                          | Sí / No |
| 25. Intentó hacerse daño a sí mismo o a otra persona                                            | Sí / No |
| 26. ¿Cuánto alcohol consume en una semana?                                                      | Sí / No |
| 27. ¿Ha tomado medicamentos opioides para drogarse?                                             | Sí / No |
| 28. Consumió drogas psicoactivas (por ejemplo, cannabis, metanfetamina, heroína, cocaína, etc.) | Sí / No |
| 29. Haber sido paciente en cualquier tipo de hospital (describir)                               | Sí / No |
| 30. Haber sido paciente en una institución por una afección crónica (mental o física)           | Sí / No |

Enumere los medicamentos que toma:

Alergias a medicamentos:

---



---