LIBERTY LAKE
DIRECT PRIMARY CARE

Consentimiento para comunicarse por mensaje de texto y correo electrónico. Reconocimiento de las limitaciones del examen médico

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección de la casa:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Dirección de correo electrónico:		Teléfono celular:
Ciudad y país de nacimiento		
Número A (Número de Registro de-Extranjero) si lo hubiera:		
Número de cuenta en línea de USCIS (si corresponde):		
Nombre del intérprete (si lo hubiera):		
Reconozco que al proporcionar mi número de teléfono celular y dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para comunicación no segura. He leído y reconozco la información de la Apéndice A		
Firma:		Fecha:
Si firma por un hijo menor de edad, nombre del nii		

LIBERTY LAKE
DIRECT PRIMARY CARE

Lo que debe traer a su examen físico de inmigración

- (Use el enlace de Medfiller a la mayor brevedad posible para completar su parte del Formulario I-693)
- Copia impresa de este formulario y de nuestro formulario de historial médico
- Pasaporte válido o licencia de conducir estatal u otra identificación emitida por el gobierno
- Un intérprete si no hablas inglés. Deben aparecer en la parte 3 del Form I-693 de USCIS
- Registros de vacunación originales en papel con firma or sella (con traducción certificada si no en inglés)
- Otros registros médicos (con traducción certificada si no están en inglés), especialmente que muestran tratamiento y cura o remisión de afecciones médicas
- Lista de medicamentos
- Método de pago por examen físico (cheque o tarjeta de crédito)
- Si alguien en su familia con discapacidades de aprendizaje está inmigrando, informe la condición y cualquier requisito de educación y supervisión especial
- Si ha tenido una prueba previa de tuberculosis positiva, el certificado de tuberculosis que fue emitido
- Si ha tenido sífilis, un certificado de autorización firmado por un médico o funcionario de salud pública
- Si tiene antecedentes de comportamiento dañino o violento que involucra a personas o animales, la información que permitirá al médico determinar si el comportamiento estaba relacionado con un problema psiquiátrico o médico, o abuso de drogas o alcohol.
- Si Ud. ha sido tratado u hospitalizado para enfermedades psiquiátricas o mentales, o tratamiento con trastorno por consumo de alcohol o drogas, certificación por escrito que incluye el diagnóstico, la duración del tratamiento y el pronóstico

Vacunas con los requisitos de edad necesarios para la inmigración. Complete estos en su farmacia local **antes** de su primera visita. Se puede buscar descuentos en GoodRx.com. Los requeridos para todos los adultos menores de 60 años están escritos en **negrita**

- ☐ **Hepatitis B (0 meses a 59 años. Serie de dos o tres dosis)**
- ☐ **Influenza (anualmente si edad > 6 meses) (Exento entre abril y agosto)**
- ☐ **Polio (edad > 2 meses)**
- ☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR) (edad > 11 meses)**
- ☐ **Tétanos, difteria y tos ferina (TDAP o DTAP) (edad > 2 meses)**
- ☐ **Varicela (edad> 11 años. Serie de dos dosis)**
- ☐ Hepatitis A (12 meses a 18 años. Serie de dos dosis)
- ☐ Haemophilus influenzae tipo B (HIB) (edades de 2 a 59 meses)
- ☐ Meningococcal (Men ACYW) (edades de 12 a 18 años)
- ☐ Neumocócico (edades 2-59 meses o> 64 años)
- ☐ Rotavirus (edad entre 2 y 11 meses)

(NÓTESE BIEN: No reciba vacunas MMR o varicela si está embarazada. Haré análisis de sangre para confirmar la inmunidad)

Tarifas para el examen físico de inmigración

Básico

- Examen físico con pruebas requeridas (TB) (edades de 0 a 17 y 45+): $ 390
- Examen físico con pruebas requeridas (TB, RPR, gonorrea) (edades de 18 a 24): $ 450
- Examen físico con pruebas requeridas (edades de 25-44) (TB, RPR): $ 410

Electivo

- Prueba de inmunidad de sarampión, paperas y rubéola o de tétanos, difteria y pertusis): $ 60
- Prueba de inmunidad de varicela: $20
- Prueba de inmunidad de Hepatitis A: $20
- Prueba de inmunidad de Hepatitis B: $20
- Cancelación sin un aviso suficiente (el aviso suficiente es más de un día hábil antes de que se cancela al examen. Se renuncia la tarifa si se proporciona informe válida de la policía o de ambulancia): $50

NÓTESE BIEN:
Este examen médico no es un examen físico completo. Su propósito es detectar ciertas afecciones médicas relevantes para la ley de inmigración de los Estados Unidos. El médico no está obligado a examinarlo para ninguna condición, excepto aquellos que el Servicio de Salud Pública de EE. UU. específica para fines de inmigración de EE. UU., Tampoco se requiere que el médico le brinde diagnóstico o tratamiento a pesar de que se pueden descubrir otros asuntos relacionados con su salud. Este examen no es un sustituto de un examen físico completo, consulta, diagnóstico o tratamiento por parte de su proveedor de atención primaria de salud.

_____

Firma y fecha