

Medical Exam Instructions



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____

1. Dirección actual de residencia (LETRA IMPRENTA)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

2. Dirección en Estados Unidos donde tiene intenciones de viajar (LETRA IMPRENTA)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

3. Correo electrónico: _____

4. Teléfonos convencionales y celulares del Ecuador: _____

5. Ha vivido en el exterior por más de 6 meses: SI NO

¿En qué país? _____

6. Vacunación:

¿Es alérgico al huevo? SI NO

¿Alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica al aplicarse vacunas? SI NO

¿Tiene alguna alergia severa? SI NO

¿Tiene alguna contraindicación para la aplicación de vacunas? SI NO

¿Le ha dado varicela? SI NO

7. Categoría de visa: _____

8. Fecha de cita en el consulado: _____

9. ¿Se ha realizado antes un examen médico para visa de residencia? SI NO

PARA MUJERES:

10. ¿Está embarazada? SI NO

11. Fecha de última menstruación: _____

12. Fecha de nacimiento de todos sus hijos: _____

DECLARO QUE TODO LO CONTESTADO EN ESTE FORMULARIO ES VERDAD,

Firma del Apicante