RODOLFO MALDONADO MD LLC

Forma de Registracion para USCIS

86 New Brunswick Avenue
Hopelawn, NJ 08861-2242
Teléfono: 732-826-1609
Fax: 732-826-0075

Fecha De Hoy:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(TODA LA INFORMACION DEBE LLENARSE A MENOS QUE SE INDIQUE DE OTRA MANERA)

Apellido Entero:	Primer Nombre:	Segundo Nombre (Si Lo Tiene):

Correo Electrónico (Si Lo Tiene):	Fecha De Nacimiento: (MMDDAAAA)	Sexo: ❑ Mujer ❑ Hombre

Dirección De Calle:	Nº Seguridad Social (Si Lo Tiene):

Apt:	Piso:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Ciudad de Nacimiente:	Pais de Nacimiento:	Nº Teléfono:

Puedo leer y entender Inglés: ❑ Si ❑ No	Nº de Cuenta del USCIS (Si Lo Tiene):	Nº de Registro de Extranjeros (Si Lo Tiene):

ENFERMEDADES PRINCIPALES (Por favor cheque todos que aplican).

Hipertensión:	❑ Actual	❑ Anteriores	❑ Nunca	Notas: _____
Diabetes:	❑ Actual	❑ Anteriores	❑ Nunca	Notas: _____
Cáncer:	❑ Actual	❑ Anteriores	❑ Nunca	Notas: _____
Otros:	❑ Actual	❑ Anteriores	❑ Nunca	Notas: _____

CIRUGÍAS

Si no tienes cirugías conocidas, por favor marque la casilla a la derecha: ❑ No tengo cirugías.

_____

HISTORIA SOCIAL

Beber Alcohol:	❑ Actuales	❑ Anteriores	❑ Nunca	¿Cuánto y con qué frecuencia? _____
Uso de tabaco:	❑ Actuales	❑ Anteriores	❑ Nunca	¿Cuánto? _____
Abuso de Sus.:	❑ Actuales	❑ Anteriores	❑ Nunca	¿Qué sustancia? _____

DECLARACION DEL SOLICITANTE

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Entiendo que si no se hacen todas las pruebas y vacunas necesarias dentro de un tiempo razonable, puede haber un retraso en el procesamiento de mis documentos.

_____ _____

Firma del paciente o persona autorizada *Fecha*