

# COMPASSIONATE FAMILY MEDICINE

311 Green St. Syracuse, NY 13203

Phone (315) 425- 1431

Fax (315) 425-1994

## IMMIGRATION/NATURALIZATION REGISTRATION FORM

## INFORME DE REGISTRO DE INMIGRACION/NATURALIZACION

Date (Fecha): \_\_\_\_\_

### 1. Personal Information (Informacion Personal)

Gender (Sexo):  Male (Masculino)  Female (Femenino)

Full Name First Name (Nombre Completo) \_\_\_\_\_  
First/Primer Middle/Segundo Nombre

\_\_\_\_\_  
Last name/Apellido

D.O.B (Date of Birth )(Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Address (Direccion) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Codigo Postal)

Phone Number (Numero Telefono) \_\_\_\_\_

Country of Birth (Pais Nacimiento) \_\_\_\_\_

City of Birth (Ciudad de Nacimiento) \_\_\_\_\_

Alien # \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_

2. Status (Estado): \_\_\_\_\_ Refugee (Refugiado) \_\_\_\_\_ Parolee (Parole)

3. Service Requested (Servicio Requerido) Cost (Costo)

I-693 Medical Forms Completion (NO PHYSICAL EXAM) 35.00 USD- Cash (Efectivo)

Medical Exam (includes I-693 Form) 135.00 USD- Cash (Efectivo)

## REQUIREMENTS (REQUISITOS)

### 1. Immunization (Inmunizacion)

- Tdap/DT/TDP or Dtap (Vacuna del Tetanus)
- MMR or Blood Titers (Sarampion, o Titulos Sanguineos)
- Varicella or Blood Titers (Varicela o Titulos Sanguineos)
- Flu Shot (If season Time Oct- March) (Vacuna de Influenza – Octubre a Marzo)
- Pneumovax or Pneumococcal (Neumococo – Desde los 60 anos )

#### **For Children: Complete Vaccination Records (Registro de Vacunas Completo)**

- Meningococcal Vaccine (11 years-21 years old)  
(Meningitis 11 – 21 anos)

### 2. Quantiferon TB gold (Tuberculosis)

- If the lab test is positive: Copy of Chest X ray and Evaluation of TB Clinic Letter.

(Si los resultados son positivos: Copia de los Rayos X de Torax y Carta de evaluacion de la Clinica de Tuberculosis.)

### 3. RPR (Syphilis Blood Test): Within 3 months

RPR (Prueba de Sifilis en Sangre): **Dentro los ultimos 3 meses.**

From 15 years old and above (Desde los 15 anos en adelante)

### 4. Gonorrhea Screening: Within 3 months // Urine or Swab Results

Prueba de Gonorrea: Urina o Cultivo **Dentro los ultimos 3 meses**

From 15 years old and above (Desde los 15 anos en adelante)