

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) 50.00 USD- Cash (Efectivo)

Only Vaccines

Medical Exam (includes I-693 Form) 160.00 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)