

INFORMACIÓN SOBRE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PARA SOLICITANTES DE VISADOS

Por favor, lea ATENTAMENTE toda la información que contiene este documento (en especial hojas 6, 7 y 8 de vacunas) y una vez leído y entendido, complete el formulario web que encontrará [AQUÍ](#). Cerciórese que ha completado TODOS los campos y lo ha hecho DESDE EL PASAPORTE con el que aplica a su Visado. Una vez completado y enviado el formulario online, nosotros lo llamaremos dentro de 2 días laborales para darle la cita. Si han pasado los 2 días laborales, puede llamarnos al 914351823 de lunes a viernes en horario de 09:00 a 15:00 marcando la extensión 2.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Para la obtención de su visado, serán necesarias 3 citas PRESENCIALES en Madrid. Una para el examen médico en Unidad Médica, otra para revisión de su documentación en la Embajada de EEUU, y la última para su entrevista consular definitiva en la Embajada de EEUU.

*Si su revisión médica se realiza un martes, miércoles o jueves, PODRÁ ACUDIR a la EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS ese mismo día desde las 11:30hs hasta las 13hs y luego a las 14:30hs para la revisión de sus documentos y la toma de sus huellas dactilares. De esta forma, realizará DOS CITAS en un mismo día. **Esto depende si Ud. puede estar ese mismo día en la embajada de 1130hs a 1300hs o, a más tardar, a las 1430hs.***

*En el supuesto de que el examen médico se realice un lunes o un viernes, o usted **no pueda** acudir a la Embajada el mismo día de su revisión médica en martes, miércoles o jueves, deberá de personarse en la Embajada el inmediato siguiente martes a las 8:00am.*

La revisión médica y esta primera visita a la Embajada deben de realizarse con una antelación de, al menos, 21 días naturales a su segunda cita para la entrevista consular.

Necesitará aportar los documentos detallados en el apartado PRE INTERVIEW CHECKLIST ([click aqui](#)) y el comprobante de haber realizado su revisión médica que le entregaremos en la clínica.

Si por alguna razón el examen médico no se hubiera completado antes de su cita para la entrevista consular, podrían retrasarle la misma. La causa más frecuente para que no se pueda finalizar el examen médico es la falta de alguna de las vacunas requeridas, por lo que es fundamental que tengan la mayor diligencia en recibirlas dentro de ese plazo.

AVISO IMPORTANTE: NUEVO REQUISITO DEL DEPARTAMENTO DE INMIGRACIÓN DE EE. UU. en relación con la COVID19 (29/11/2023).

- El CDC de los Estados Unidos exige que en el día de su cita, nos aporten su registro vacunal frente a COVID-19 completo, incluyendo tipo de vacuna (Marca), lote (si estuviera disponible) y fecha de todas las vacunas recibidas.*
- Para cumplir los criterios requeridos por el CDC deberán de tener la serie inicial de vacunas completa y, al menos, una vacunación en los últimos 12 meses (pudiendo ser, bien de la serie inicial o, bien una dosis de refuerzo).*
- Las vacunas aceptadas son sólo las autorizadas por la FDA o la OMS.*
- Los solicitantes mayores de 6 meses (con criterios de recibir la vacuna) o cualquier otro solicitante desde los 5 años de edad deben de cumplir los requisitos anteriores.*
- Lo anteriormente expuesto podrá cambiar sin previo aviso en un futuro, por lo que les rogamos que estén atentos a las actualizaciones de este documento.*

EL DIA DE SU REVISIÓN NECESITARÁ

- *La Hoja de confirmación de la cita en el consulado.*
- *El Pasaporte original de la nacionalidad desde la que aplica al Visado.*
- *La Hoja de confirmación del CEAC, DS 260 o DS 160 (Hoja con dos códigos de barras abajo).*
- *La cartilla de vacunación (Lea atentamente la página 6, 7 y 8 Vacunas).*
- *Documento de haber recibido de manera completa la vacunación frente a la COVID 19 con las fechas de cada vacuna recibida. Si fueron dos pautas, debe haber dos fechas. IMPORTANTE :NO SIRVE EL CERTIFICADO EUROPEO COVID-19 COMO JUSTIFICANTE YA QUE EN ÉL SOLO APARECE LA FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS ADMINISTRADA. SI HA RECIBIDO MAS DE UNA VACUNA SOLICITE UN LISTADO DE VACUNAS DONDE FIGURE EL TIPO DE VACUNA Y LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN.*
- *Los menores de 18 años deberán venir acompañados por sus padres o tutores legales quienes firmarán el consentimiento de la solicitud del menor. Deberán **presentar sus pasaportes**, tanto el del menor como el del padre, madre o tutor (este último, además, deberá presentar su Poder Notarial).*

TIPOS DE VISADOS.

- A. *Visado de Inmigración para menores de 2 años.*
- B. *Visado de Inmigración de 2 a 14 años.*
- C. *Visado de Inmigración a partir de 15 años.*
- D. *Visado de Inmigración Fiancée (K-1).*
- E. *Visado de No Inmigración (alcohol, drogas, enfermedad psiquiátrica.)*

A. VISADO DE INMIGRACIÓN PARA MENORES DE 2 AÑOS.

- *Se le realizará un **reconocimiento médico**.*
- *Se revisará el **Calendario Vacunal**. (Consulte la página 6, 7 y 8 Vacunas).*
- *Coste 155 euros.*

B. VISADO DE INMIGRACION DE 2 A 14 AÑOS.

- *Se le realizará un **reconocimiento médico**.*
- *Se revisará el **Calendario Vacunal**. (Consulte la página 6, 7 y 8 Vacunas). No es necesario acudir en ayunas.*
- *Coste 280 euros.*

C: VISADO DE INMIGRACION A PARTIR DE 15 AÑOS.

- *Se le realizará un **reconocimiento médico***
- *Se revisará el **Calendario Vacunal**. (Consulte la página 6, 7 y 8 Vacunas).*
- ***Radiografía de Tórax**. Se realiza el mismo día de la revisión, su función es la de descartar una Tuberculosis activa. El lugar de realización es el centro radiológico acreditado por la Embajada de los EE.UU.: Clínica Doctores Sales (Calle de Núñez de Balboa, 88, 28006 Madrid). (Normalmente se hace tras la revisión médica y sin cita previa).*
- *En el caso de mujeres embarazadas, la radiografía de tórax también es obligatoria. Le rogamos que comunique inmediatamente al Médico examinador que está embarazada o cree que puede estarlo.*
- ***En solicitantes de 18 a 44 años se tomará una muestra de sangre para descartar una Sífilis (VDRL). No es necesario acudir en ayunas.***
- ***En solicitantes de 18 a 24 años y para descartar una Gonorrea, a su llegada, se le pedirá que tome una muestra de Orina (técnica de Test de Ácido Nucleico Ampliado, NAAT). La muestra se toma en la Clínica, NO SERÁN VÁLIDAS muestras obtenidas fuera de nuestro centro.***

- *Coste: Solicitantes de 15 a 17 años 363 euros.*
- *Coste: Solicitantes de 18 a 24 años 393 euros.*
- *Coste: Solicitantes de 25 a 44 años 373 euros.*
- *Coste: Solicitantes de 45 en adelante 363 euros.*

C. VISADO DE INMIGRACION FIANCE (K1)

- *Se le realizará un **reconocimiento médico***
- *De manera optativa se le revisará el **Calendario Vacunal**. (Consulte la página 6, 7 y 8 Vacunas). En este tipo de visado, NO*

es necesaria la revisión de las vacunas para el Consulado de EE.UU. en Madrid, quedando a voluntad del solicitante, pero sí es altamente recomendado. De no realizar esta revisión en nuestro centro, una vez que haya ingresado en los EE.UU. deberá pasar un control médico.

- ***Radiografía de Tórax.*** *Se realiza el mismo día de la revisión, su función es la de descartar una Tuberculosis activa. El lugar de realización es el centro radiológico acreditado por la Embajada de los EE.UU.: Clínica Doctores Sales (Calle de Núñez de Balboa, 88, 28006 Madrid). (Normalmente se hace tras la revisión médica y sin cita previa).*
- *En el caso de mujeres embarazadas, la radiografía de tórax también es obligatoria. Le rogamos que comunique inmediatamente al Médico examinador que está embarazada o cree que puede estarlo.*
- ***En solicitantes de 18 a 44 años se tomará una muestra de sangre para descartar una Sífilis (VDRL).*** *No es necesario acudir en ayunas.*
- ***En solicitantes de 18 a 24 años y para descartar una Gonorrea, a su llegada, se le pedirá que tome una muestra de Orina (técnica de Test de Ácido Nucleico Ampliado, NAAT).*** *La muestra se toma en la Clínica, NO SERÁN VÁLIDAS muestras obtenidas fuera de nuestro centro.*
- *Coste: Solicitantes de 15 a 17 años 363 euros.*
- *Coste: Solicitantes de 18 a 24 años 393 euros.*
- *Coste: Solicitantes de 25 a 44 años 373 euros.*
- *Coste: Solicitantes de 45 en adelante 363 euros.*

D. VISADO DE NO INMIGRACION (ANTECEDENTES DE ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS O DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS).

- *Se le realizará EL MISMO PROCESO QUE SE DETALLA EN LOS PUNTOS B o C, SEGÚN SU EDAD con la salvedad de que NO se requiere revisión de vacunas.*
- *Coste 393€ más un extra de 85€ en el caso de tener que realizar test para drogas en orina.*

VACUNAS:

A continuación, en la página 7, verá un cuadro con todas las vacunas que exige la Embajada de los Estados Unidos en su revisión.

Revise atentamente las que le corresponden según su edad actual, y compruebe que estas figuran en su cartilla de vacunación.

Si carece de cartilla de vacunación, o las vacunas que se le exigen no figuran en ella, dispone de las siguientes opciones:

- *Acuda a su médico de familia y solicite la información que tengan sobre la historia de sus vacunas. En el certificado debe de constar qué vacunas le han sido administradas y en qué fechas.*
- *Si no posee justificante de las vacunas Triple Vírica y Varicela, puede efectuarse una analítica de sangre que refleje los anticuerpos IgG frente a dichas enfermedades. Este análisis puede realizarlo con su médico de familia (con el tiempo de anticipación necesario para tener resultados el día de la cita) o puede realizarlo el mismo día de su cita en nuestro centro, con un coste añadido.*
- *Como opción final, PUEDE VACUNARSE CON NOSOTROS EL MISMO DÍA DE SU REVISIÓN, conlleva un coste adicional que está reflejado en el cuadro de vacunas de la página siguiente. **MUY IMPORTANTE: ESTA OPCIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE PARA LAS VACUNAS CONTRA LA COVID 19.***

CUADRO DE VACUNAS SEGÚN LA EDAD DEL SOLICITANTE.
(Consulte detenidamente las indicaciones en la 2ª columna).

VACUNA	INDICACIONES	PRECIOS
DTP/DTaP/DT	Para todo solicitante con edades comprendidas entre 2 y 6 años	15 euros
Td/Tdap *	Para todo solicitante mayor de 7 años.	30 euros
Polio (IPV)	Para todo solicitante con edades comprendidas entre los 2 meses y los 17 años	15 euros
Triple Vírica (MMR) **	Para todo solicitante con edades comprendidas entre 1 y 65 años .	30 euros
Rotavirus	Para todo solicitante con edades comprendidas entre las 6 semanas y 8 meses	Disponible previa petición
Hib (Haemophilus I. Type B)	Para todo solicitante con edades comprendidas entre los 2 meses y los 5 años	15 euros
Hepatitis A	Para todo solicitante con edades comprendidas entre los 12 meses y 18 años	30 euros
Hepatitis B ****	Para todo solicitante hasta los 59 años .	50 euros
Meningococo ACWY	Para todo solicitante con edades comprendidas entre los 11 y 18 años	70 euros
Varicela ***	Todo solicitante mayor de 15 meses.	70 euros
Neumococo	Para todo solicitante con edades comprendidas entre los 2 meses y 5 años y mayores de 65 años .	20 euros
Influenza (Gripe)	Desde los 6 meses (Sólo es necesaria durante la campaña oficial en otoño-invierno).	33 euros

** La última dosis de vacuna frente a tétanos-difteria debe de haber sido administrada en los últimos 10 años.*

***Como justificante de haber sido vacunado con la triple vírica servirá una analítica de sangre que refleje los anticuerpos positivos frente a los mismos (IgG de sarampión, rubeola y parotiditis).*

****Como justificante de haber sido vacunado o haber pasado la varicela, servirá una analítica de sangre que refleje los anticuerpos positivos frente a la misma (IgG de varicela).*

***** Como justificante de haber sido vacunado frente a la hepatitis B servirá una analítica de sangre que refleje los anticuerpos positivos de superficie frente a la hepatitis B (HBSAc).*

PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA CON SILLA DE RUEDAS:

En el caso de personas con movilidad reducida, que precisen silla de ruedas, les rogamos que nos lo comuniquen en la llamada para solicitar la cita, con el fin de coordinar en un único lugar todo el proceso (que probablemente será en la clínica radiológica, Dres. Sales).

EL RECONOCIMIENTO MÉDICO TENDRÁ UNA VIGENCIA DE 6 MESES.

Consent Related to Medical Examination for Applicant Using the DS-2054

I understand that I am required to undergo a complete medical examination with an authorized physician in order to assess my eligibility consistent with Immigration and Nationality Act (INA) Sections 212(a) and 221(d). I understand that failure to provide required information may cause delay or denial of visa.

I understand that all applicants 15 years of age and older are required to undergo a chest radiograph (x-ray) to test for tuberculosis. I understand that if I am pregnant at the time of my initial medical exam I must consent and will be provided with abdominal and pelvic protection with double-layer, wrap-around lead shields. I understand that if I am pregnant I may refuse the chest radiograph. If I refuse the chest radiograph I understand that my visa application will not be processed until I have completed the requirement.

I understand that any willfully false or misleading statement or willful concealment of material fact made by me herein may subject me to permanent exclusion from the United States or may subject me to criminal prosecution and/or deportation.

The information provided on your medical examination report may be accessible to other government agencies having statutory or other lawful authority to use such information, including for the administration or enforcement of the immigration, nationality, and other laws of the United States.

Uso Interno

Enfermera: Medico:

FECHA DE EXAMEN:

N^a DE HISTORIA:

MEDICO EN UMA : DR. GONZALEZ DR. REVERTE DR. SOLIS

PENDIENTE: PASAPORTE FOTOS VACUNAS MANTOUX

APELLIDOS (Last Name):.....

NOMBRE (Given Name):

SEXO (Sex): MUJER (Female) VARON (Male)

FECHA DE NACIMIENTO (Date of Birth):

PAIS DE NACIMIENTO (Country of birth)

CIUDAD DE NACIMIENTO (City of birth).....

PAIS DE RESIDENCIA ANTERIOR (Prior Country o Residence).....

RESIDENCIA EN USA COMPLETA (Address Intended).....
.....

RESIDENCIA ACTUAL COMPLETA (Address Home):

TELÉFONO (Phone):.....

Email:.....

NUMERO DE PASAPORTE (Passport Number): Pais de Emision (Country of Issue)..... Fecha de emision (Date of Issue)..... Fecha de Caducidad (Date of Expiry).....

TIPO DE VISADO (Type of Visa):

Immigrant Visa..... Immigrant Special Immigrant Diversity Adoptee

Refugee..... Refugee Visa 92

Asylee..... Asylee Visa 93

Non Immigrant Visa. K-Visa Other Non Immigrant Visa

Parole Parolee

FECHA ENTREVISTA EN LA EMBAJADA:.....
(Appointment date at the Embassy)

FIRMA DEL INTERESADO:

PLEASE TURN OVER / DE VUELTA LA HOJA POR FAVOR

CONSENTIMIENTO PACIENTES

Madrid, en fecha

Unidad Médica, s.l. es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa de que estos datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines y legitimación del tratamiento: prestación de servicios profesionales de salud y mantenimiento del historial clínico (por consentimiento del interesado, art. 6.1.a GDPR).

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia y cuando ya no sea necesario para ello, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la anonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. En caso que mi prestación médica sea abonada por un tercero autorizo a Unidad Medica SL a compartir la información médica o general que sobre mi persona deba transmitir a estos terceros para reclamar los pagos debidos.

Derechos que asisten al Interesado: - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. - Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de limitación u oposición a su tratamiento. - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Unidad Médica, s.l. C/ Conde de Aranda, nº 1, 1º-Izq. - 28001 Madrid (Madrid). Email: crey@unidadmedica.com

Datos de contacto del delegado de protección de datos: PLAZA PADRE JUAN DE MARIANA, 10, 1ª PL, 45600

TALavera DE LA REINA - dpd@ciberbot.com

El **Interesado** o su representante legal consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre, con NIF

Representante legal de, con NIF

Firma:

PATIENT CONSENT

Mr/Mrs/Ms..... Pass/DNI/NIE.....

According to the **Reglamento (UE) 2016/679, and Ley Orgánica 3/2018, (LOPDGDD)**, we inform you that your data will be recorded on a file under Unidad Medica SL responsibility with the only purpose of dealing with the "doctor-patient" relationship. I authorize Unidad Medica SL to release any medical or general information about me to my Insurance Carrier or any third party responsible for my bills in order to make any relevant claims.

You are fully entitled to access, modify or cancel these records by writing a letter to "Unidad Medica SL" Calle del Conde de Aranda Nº1, 1º Izquierda 28001 – Madrid.

We will consider and keep your records as accurate until we know from you otherwise. You will contact us to inform of any modification and we have your consent to use your records so as to assist you with medical attention and to manage your medical records.

Madrid,

202

Signature