

INFORMACIÓN SOBRE VISADOS

Por favor, lea ATENTAMENTE toda la información de este documento. Complete el formulario al final de las Instrucciones y lea la Información Importante sobre su Consentimiento de parte de la embajada de los EEUU.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Las revisiones médicas de visado, se realizan de lunes a viernes en horario de mañana.

Será necesario concertar cita previa llamando a nuestro teléfono 914351823, en horario de lunes a viernes de 10:00 a 15:00 horas.

EL DIA DE SU REVISION NECESITARA

- *Hoja de confirmacion de la cita en el consulado..*
- *6 fotografías, tamaño pasaporte español o americano.*
- *Pasaporte original.*
- *Hoja de confirmacion del CEAC (DS 260 o DS 160)*
- *Formulario de Visado al final de este documento **cumplimentado** (imprimir y cumplimentar).*
- *Conocer la categoría de Visado que aplica (Immigrant Visa, Refugee, Asylee, Non-Immigrant Visa or Parolee).*
- *Cartilla de vacunación (mirar página 4, Vacunas).*
- *Su direccion **completa** en los Estados Unidos (Dirección, Codigo Postal, Ciudad y Estado).*
- *Los menores de 18 años de edad deberán venir acompañados de sus padres o tutores legales y **presentar sus pasaportes**, tanto del menor como del padre, madre o tutor quien firmará el consentimiento de la aplicación del menor.*

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 Inmigración / No Inmigración (alcohol, drogas, enfermedad psiquiátrica.)*

A. VISADO DE INMIGRACIÓN PARA MENORES DE 2 AÑOS.

- *Se le realizará un **chequeo médico**.*
- *Revisión del **Calendario Vacunal**. (mirar página 4, Vacunas).*
- *Coste 155 euros.*

B. VISADO DE INMIGRACION DE 2 A 14 AÑOS.

- *Se le realizará un **Chequeo médico**.*
- *Revisión **Calendario Vacunal**. (mirar página 4, Vacunas).*
- ***Test IGRA Quantiferon G** (en sangre).*
- *Coste 330 euros.*

C. VISADO DE INMIGRACION A PARTIR DE 15 AÑOS.

- *Se le realizará un **Chequeo médico***
- *Revisión **Calendario Vacunal**. (mirar página 4, Vacunas).*
- *Se le realizará un **Análisis de sangre** para la determinación de la sífilis (VDRL). No será necesario acudir en ayunas.*
- *Se le realizará un **Análisis de Orina** para determinar el **Test de Gonorrea NAAT (Test de Acido Nucleico Ampliado)** . La muestra se toma en la Clínica, NO SIRVE la muestra traída desde casa.*
- ***Radiografía de Tórax**. Se realizará el mismo día de la revisión, en la Clínica Doctores Sales, tras la revisión médica y sin cita previa.*
- *Coste 393 euros.*
- *En el caso de mujeres embarazadas, la radiografía de tórax también es obligatoria. Le rogamos que comunique inmediatamente al Médico de la revisión si estuviera embarazada o creyera que pueda estarlo.*

D. VISADO DE INMIGRACION FIANCE (K1)

- Se le realizará un **Chequeo médico**.
- Se le realizará un **Análisis de sangre** para la determinación de la sífilis (VDRL). No será necesario acudir en ayunas.
- Se le realizará un **Análisis de Orina** para determinar el **Test de Gonorrea NAAT (Test de Acido Nucleico Ampliado)**. La muestra se toma en la Clínica, NO SIRVE la muestra traída desde casa.
- **Radiografía de Tórax**. Se realizará el mismo día de la revisión, en la Clínica Doctores Sales, tras la revisión médica y sin cita previa.
- Coste 393 euros.
- En el caso de mujeres embarazadas, la radiografía de tórax también es obligatoria. Le rogamos que comunique inmediatamente al Médico de la revisión si estuviera embarazada o creyera que pueda estarlo.
- No es necesaria la revisión de vacunas para el Consulado de EEUU en Madrid. Sin embargo, será requisito una vez ingresado en los EEUU. A petición del interesado, se puede proceder a la Revisión del **Calendario Vacunal**. (mirar página 4, Vacunas).

E. VISADO DE INMIGRACION / NO INMIGRACION (ANTECEDENTES DE ALCOHOL, DROGAS, ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS).

- Se le realizará un **Chequeo médico completo**.
- Coste 393€ y un extra de 85€ para drogas.
- No se requiere revisión de vacunas.

VACUNAS:

A continuación, en la página 5, verá un cuadro con todas las vacunas que exige la embajada de los Estados Unidos en su revisión.

Revise 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 alternativas:

- *Acuda a su médico de familia y solicite la información que tengan sobre la historia de sus vacunas. En el certificado debe 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 de 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 la cita en nuestro centro.*
- *Como otra opción, PUEDE VACUNARSE CON NOSOTROS EL MISMO DIA DE SU REVISION, con un coste adicional (reflejado en el cuadro de vacunas de la página siguiente).*

CUADRO DE VACUNAS. (Dependiendo de la edad del aplicante. Ver Indicaciones en la 2da columna).

| VACUNA | INDICACIONES | PRECIOS |
|-----------------------------|---|----------------------------|
| DTP/DTaP/DT | Para todo aplicante con edades comprendidas entre 2 y 6 años | 15 euros |
| Td/Tdap * | Para todo aplicante mayor de 7 años. | 30 euros |
| Polio (IPV/OPV) | Para todo aplicante con edades comprendidas entre los 2 meses y los 17 años | 15 euros |
| Triple Vírica (MMR) ** | Para todo aplicante con edades comprendidas entre 1 y 47 años. | 30 euros |
| Rotavirus | Para todo aplicante con edades comprendidas entre las 6 semanas y 8 meses | Disponible previa petición |
| Hib (Haemophilus I. Type B) | Para todo aplicante con edades comprendidas entre los 2 meses y los 5 años | 15 euros |
| Hepatitis A | Para todo aplicante con edades comprendidas entre los 12 y 23 meses | Disponible previa petición |
| Hepatitis B | Para todo aplicante menor de 18 años. | Disponible previa petición |
| Meningococo | Para todo aplicante con edades comprendidas entre los 11 y 18 años | 15 euros |
| Varicela *** | Todo aplicante mayor de 15 meses. | 70 euros |
| Pneumococo | Para todo aplicante con edades comprendidas entre los 2 meses y 5 años y mayores de 65 años. | 15 euros |
| Influenza (Gripe) | Desde los 6 meses (Solo en Otoño-Invierno). | 25 euros |

** La ultima dosis de vacuna tétanos-difteria debe tener una fecha de administración no superior a 10 años o bien tener acreditadas cinco dosis de dicha vacuna.*

***Como justificante de la triple vírica servirá una analítica de sangre, que refleje los anticuerpos positivos (IG G de sarampión, rubeola y parotiditis).*

****Como justificante de varicela, servirá una analítica de sangre , que refleje los anticuerpos positivos (Ig G varicela).*

PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA CON SILLA DE RUEDAS:

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

RECOGIDA DE RESULTADOS.

*Los resultados, **se recogerán a los 7 días naturales** posteriores a su chequeo médico, de lunes a viernes.*

Por ejemplo: Si su chequeo fue un lunes, podrá recoger resultados el lunes de la semana siguiente.

Deberán recogerlos en persona o por alguien autorizado previamente y por escrito.

EL RECONOCIMIENTO MÉDICO TENDRÁ UNA VIGENCIA DE 6 MESES.

E: M:

FECHA DE EXAMEN:

Nª DE HISTORIA:

NOMBRE (Name): APELLIDOS (Last Name):.....

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y PAIS) (Place of Birth, City and Country):.....

EDAD (Age) /FECHA DE NACIMIENTO (Date of Birth):

RESIDENCIA ACTUAL COMPLETA (Present Full Address):

.....

TELÉFONO (Phone):.....

RESIDENCIA EN USA COMPLETA:.....
(FULL ADDRESS IN USA)

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

NUMERO DE PASAPORTE (Passport Number):

MEDICO EN UNIDAD MEDICA : DR. GONZALEZ DR. REVERTE DR. SOLIS

PENDIENTE: PASAPORTE . FOTOS. VACUNAS. MANTOUX.

Email:.....

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,

201

Signature

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.