



USCIS I-693 IMMIGRATION MEDICAL EXAM — MINOR INTAKE
EXAMEN MÉDICO DE INMIGRACIÓN USCIS I-693 — INGRESO DE MENOR

For patients under 18 years old — payment must be completed before intake.
Para pacientes menores de 18 años — el pago debe completarse antes del ingreso.

1. CHILD IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

Child's Full Legal Name / Nombre legal completo del niño:
DOB / Fecha de nacimiento: Country of Birth / País:
City of Birth / Ciudad: Gender / Género:
A-Number (if available) / Número A (si aplica):

2. PARENT / GUARDIAN INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Parent/Guardian Full Name / Nombre completo:
Relationship to Child / Relación: Phone / Tel:
Email / Correo:

3. TB HISTORY (IMPORTANT) / HISTORIAL DE TB (IMPORTANTE)

Any history of tuberculosis (TB) or treatment for TB? Yes / Sí ☐ No ☐
¿Algún historial de tuberculosis (TB) o tratamiento para TB?

4. VACCINATION HISTORY / HISTORIAL DE VACUNAS

Vaccination records available? Yes / Sí ☐ No ☐
¿Registros de vacunación disponibles?

5. LAB HISTORY (IF APPLICABLE) / HISTORIAL DE LABORATORIO (SI APLICA)

Prior TB test (date/result) / Prueba previa de TB (fecha/resultado):
Chest X-ray (if done) / Rx de tórax (si se realizó):

6. INSURANCE INFORMATION (OPTIONAL) / INFORMACIÓN DEL SEGURO (OPCIONAL)

Does the child have health insurance? Yes / Sí ☐ No ☐
¿El niño tiene seguro médico?

If yes, insurance name / Si respondió sí, nombre del seguro:

7. PARENT / GUARDIAN ATTESTATION & CONSENT / DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO

I attest the information provided is true and consent to the USCIS I-693 exam for the child.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y doy consentimiento para el examen USCIS I-693.

Parent/Guardian Signature / Firma del padre o tutor: Date / Fecha: