



Dr. Gerda Augustin, MD, MPH
USCIS Civil Surgeon
Desty Immigration Services

Adult Medical History (I-693)

Historial Médico de Adulto (I-693)

Patient Name / Nombre del paciente:

Date of Birth / Fecha de nacimiento:

Medical History / Historial Médico

Have you ever had any of the following? / ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

Heart disease or high blood pressure / Enfermedad cardíaca o presión alta	Yes / Sí	No
Diabetes / Diabetes	Yes / Sí	No
Asthma or breathing problems / Asma o problemas respiratorios	Yes / Sí	No
Seizures / Convulsiones	Yes / Sí	No
Mental health conditions / Problemas de salud mental	Yes / Sí	No
Hospitalizations or surgeries / Hospitalizaciones o cirugías	Yes / Sí	No
Long-term medical conditions / Condiciones médicas a largo plazo	Yes / Sí	No
None of the above / Ninguna de las anteriores	Yes / Sí	No

If yes, please explain / Si respondió sí, explique:

TB Screening / Evaluación de TB

Tuberculosis (TB) or positive TB test / Tuberculosis (TB) o prueba positiva	Yes / Sí	No
Close contact with someone with TB / Contacto cercano con alguien con TB	Yes / Sí	No
Born in or lived in a country with high TB prevalence? / ¿Nació o vivió en un país con alta prevalencia de TB?	Yes / Sí	No
Night sweats, prolonged cough, fever, or weight loss? / ¿Sudores nocturnos, tos prolongada, fiebre o pérdida de peso?	Yes / Sí	No

Vaccination History / Historial de Vacunas

Up to date on vaccines? / ¿Vacunas al día?	Yes / Sí	No
Any vaccine reactions? / ¿Reacciones a vacunas?	Yes / Sí	No

Medications / Medicamentos

List current medications (name & dose) / Liste medicamentos actuales (nombre y dosis):

Drug Allergies ONLY / Alergias a Medicamentos SOLAMENTE

List medication allergies and reactions / Liste alergias y reacciones:

No known drug allergies / Sin alergias conocidas

Patient Signature / Firma del paciente:

Date / Fecha: