



Desty Immigration Services

I-693 Intake Form

Dr. Gerda Augustin, MD, MPH

Patient Information / Información del paciente

1. Name / Nombre:

2. Date of Birth / Fecha de nacimiento:

3. Phone & Email / Teléfono y correo electrónico:

4. Address / Dirección:

5. Country & City of Birth / País y ciudad de nacimiento:

6. Passport or ID sent by text or email? / ¿6. Passport or ID sent by text or email??

Yes / Sí

No

7. Vaccine record available? / ¿7. Vaccine record available??

Yes / Sí

No

8. Do you have health insurance? / ¿8. Do you have health insurance??

Yes / Sí

No

Package Selection / Selección de paquete

Standard Package / Paquete estándar

Express Package / Paquete express

Signature / Firma:

Date / Fecha:



Desty Immigration Services
Refund & Cancellation Acknowledgment
Dr. Gerda Augustin, MD, MPH

I acknowledge that fees paid for I-693 services are partially non-refundable.

Reconozco que las tarifas pagadas por los servicios I-693 son parcialmente no reembolsables.

If I do not proceed with or complete the physical exam after payment,

Si no continúo o no completo el examen físico después del pago,

a partial refund of the physical exam portion only may apply as follows:

puede aplicarse un reembolso parcial únicamente por la parte del examen físico de la siguiente manera:

- Express service: \$129 refund / Servicio express: reembolso de \$129
- Standard service: \$100 refund / Servicio estándar: reembolso de \$100

All other fees are non-refundable.

Todas las demás tarifas no son reembolsables.

Signature / Firma:

Date / Fecha: