

SHERWOOD URGENT CARE

BEFORE YOUR USCIS IMMIGRATION APPOINTMENT CHECKLIST/ LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE LA CITA:

2 FORMS OF PHOTO IDENTIFICATION / 2 FORMAS DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO

Passport/Pasaporte

ID/Identificación

Visa

Employment authorization/Permiso de trabajo

VACCINATION RECORDS/REGISTROS DE VACUNACIÓN

MMR/Sarampion

COVID – minimum of 2 doses/mínimo de 2 dosis

Tetanus/Tetano – must be within last 10 years/debe ser dentro de los últimos 10 años

Influenza – yearly between (October 1- March 31)/anual entre (1 de octubre - 31 de marzo)

ALIEN REGISTRATION NUMBER (A-number) (if any)/NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO (Número A) (si corresponde)

USCIS Online Account Number (if any)/USCIS Número de cuenta en línea (si
corresponde)

SOCIAL SECURITY NUMBER/NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

PLEASE FILL OUT THIS FORM FOR USCIS MEDICAL EXAMINATION RECORDS
POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO PARA LOS REGISTROS DE EXAMEN MÉDICO DE USCIS

Family Name (Last Name) / Apellido

Given Name (First Name) / Primer nombre

Middle Name / Segundo nombre

Street Number and Name / Dirección

Apt Number / Numero de apartamento

City or Town / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código postal

Male or Female / Femenino o Masculino

Date of Birth (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

City/Town/Village of Birth / Ciudad/Pueblo de Nacimiento

Country of Birth / País de Nacimiento

Alien Registration Number (A-Number) (if any) / Número de registro de extranjero (número A)

USCIS Online Account Number (if any) / USCIS Número de cuenta en línea (si corresponde)

Telephone Number / Número de teléfono

Email Address (if any) / Correo electrónico (si corresponde)