



ADMISIÓN PARA RECIÉN LLEGADOS A LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

State Form 57458 (6-24)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA

- INSTRUCCIONES:
1. *Llene un formulario para cada miembro de su familia, incluidos los menores de edad.*
 2. *Envíe el formulario completo por correo electrónico a RefugeeHealth@health.in.gov*

| Formulario de admisión para recién llegados a los Estados Unidos de América | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Número de registro de extranjero (Alien number, por sus siglas en inglés): *Información necesaria. | |
| Número de caso: | |
| Nombre: | |
| Segundo nombre: | |
| Apellido(s): | |
| Fecha de nacimiento: | |
| Sexo: | |
| Estatus o tipo de visa: | |
| Fecha de llegada: | |
| País de nacimiento: | |
| País de origen: | |
| País dónde vivía antes de Estados Unidos: | |
| ¿Qué idioma(s) habla? | |
| Domicilio: | |
| Número de teléfono: | |

Importante:

- Una vez que se reciba el formulario, una de nuestras clínicas afiliadas más cercanas se pondrá en contacto con usted para recibir una evaluación integral médica, que incluye una evaluación de detección de tuberculosis y las vacunas que sean necesarias.

Preguntas:

Puede comunicarse con Maliki Yacouba al número de teléfono (317) 234-7252 o por correo electrónico a refugeehealth@health.in.gov

También puede comunicarse al Programa de Tuberculosis del Departamento de Salud de Indiana (IDOH TB program, por sus siglas en inglés) al número de teléfono (317) 233-7434 o por correo electrónico a tbprogram@health.in.gov