

**INFORMATION FOR IMMIGRATION PHYSICAL
INFORMACION PARA EXAMEN FISICO DE
IMMIGRACION**

**LAWNDALE MEDICAL CLINIC
5392900-6**

NAME /NOMBRE _____

EMAIL _____

DOB / FECHA DE NACIMIENTO _____

SOCIAL SECURITY # _____

A # (ALIEN REG. #) _____

USCIS # _____

PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO

CITY/ CIUDAD _____ **STATE/ ESTADO** _____

COUNTRY / PAIS _____

**HOW LONG HAVE YOU LIVED IN THE UNITED STATES OF AMERICA/
CUANTO TIEMPO A VIVIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

_____ **Years/ Anos**

**I ACKNOWLEDGE THAT THE INFORMATION PROVIDED ABOVE IS CORRECT
YO CONFIRMO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES CORRECTA:**

Firma / Signature _____