



## Declaración de vacunación COVID-19

Los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS) y el Departamento de Estado (DOS) han emitido un nuevo aviso que se hará efectivo a partir del 1 de octubre de 2021, que requiere que todos los solicitantes de visa de inmigrante proporcionen prueba de vacunación contra COVID-19. El Cirujano civil que realiza el examen médico requerido debe Inspeccionar físicamente y confirmar los documentos que prueben que ha recibido la vacuna COVID-19.

A partir de noviembre de 2021, todos los viajeros extranjeros a los EE. UU. Deberán presentar una prueba de estar completamente vacunados (con excepciones muy limitadas) antes de abordar un avión a los Estados Unidos. Además, todos los pasajeros que lleguen a los Estados Unidos por vía aérea deben mostrar una prueba de COVID-19 negativo obtenida dentro de los tres días de la salida, o documentación de recuperación de COVID-19 dentro de los pasados tres meses.

Le proporcionamos esta información para que sepa que la ley ha cambiado y para confirmar su compromiso con su empleador solicitante.

Al firmar a continuación, confirma que obtendrá su vacuna (s) COVID-19 lo antes posible para evitar tener que ser retirado del programa.

En caso de que no tenga la intención de recibir la vacuna COVID-19, informe de inmediato a su Coordinador de Caso de Visa Solutions, ya que no podremos seguir procesando su caso.

Al firmar la declaración a continuación, usted reconoce y da su consentimiento para recibir su vacuna COVID-19 tan pronto como sea posible.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre legal completo) con número de pasaporte \_\_\_\_\_ por la presente confirmo que entiendo esta nueva Política de inmigración para la vacuna COVID-19, y ya he recibido mi vacuna COVID-19 o estoy en proceso de obtener mi vacuna COVID-19. Entiendo que debido al tiempo que lleva completar la serie de vacunas COVID-19 (depende del tipo de vacunación), completar la serie de vacunas COVID-19 es una prioridad y debo tener un comprobante escrito de estar vacunado en la mano cuando asista al examen médico para mi entrevista consular. Entiendo que el Consulado de los Estados Unidos no aprobará una visa de inmigrante en mi nombre a menos que esté completamente vacunado.

Firma de conformidad el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_.

POR: \_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo