**Согласие на проведение медицинского осмотра в Ташкентской международной клинике для заявителей на иммиграционную визу в США**

Аппликант в возрасте 16 лет и старше

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, понимаю, что Ташкентская Международная Клиника проводит медицинский осмотр по поручению (от лица) посольства США в Ташкенте для лиц, которые подали документы на иммиграцию по лотерее Грин Кард, семейную иммиграцию или же на воссоединение семьи, а также на визу жениха или невесты (K1, K2).  Я понимаю, что Ташкентская Международная Клиника не несет никакой ответственности за выдачу иммиграционных виз. Все вопросы, о возможном влиянии результатов медицинского осмотра на решение о выдаче визы в США должны быть направлены в отдел иммиграционных виз посольства США на электронный адрес: [TashkentIV@state.gov](mailto:TashkentIV@state.gov).  Нижеследующим я подтверждаю и даю свое согласие, на то, что мои результаты медицинского осмотра и формы DS2054, DS3025, DS3026, DS3030 и DS7794, будут отправлены только в консульский отдел Посольства США в Ташкенте. Я понимаю и даю согласие на то, что мои результаты медицинского осмотра и формы DS2054, DS3025, DS3026, DS3030 и DS7794 не могут быть переданы мне или третьим лицам.  Согласно положению 9 FAM302.2-3(F)(8) Соединенных Штатов Америки доверенному врачу, а также администрации Ташкентской Международной Клиники запрещено передавать результаты медицинского осмотра и формы DS2054, DS3025, DS3026, DS3030 и DS7794 любым лицам, кроме Консульского отдела Посольства США в Ташкенте.  Я даю свое согласие и поручительство врачам Ташкентской Международной Клиники, и всем медицинским работникам передавать информацию, касающуюся результатов моего медицинского осмотра для предоставления в Госдепартамент США.  Я понимаю, что в случае:   * Положительного результата предварительного теста на сифилис меня направят на дополнителное обследование и лечение специалистом в региональных клиниках Узбекистана, уполномоченных МинЗдравом Руз. * Признаков туберкулеза на рентгенограмме легких, я буду направлен на дальнеший осмотр специалистом в Ташкентском Туберкулезном Диспансере. * если медицинский осмотр потребует этого, меня попросят пройти обследование врачом психиатром.     Подписывая данный документ, я подтверждаю, что я прочитал и понял содержание данного документа и даю свое согласие, как описано выше и заявляю, что вся информация, предоставленная мною во время моего медицинского обследования, являющегося частью моего заявления на получение иммиграционной визы в США верная, точная и полная. Я также понимаю, что дача заведомо ложных или искаженных данных будет предоставлена в иммиграционный отдел посольства США. | | | |
| Фамилия | Имя | | Дата рождения(д/м/г) |
| Подпись: | | Дата (д/м/г) | |

