



CUESTIONARIO

INFORMACIÓN GENERAL						
Apellidos		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Número de Seguro Social		#A		Sexo (masculino, femenino)		
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)		Ciudadano de (País)				
Lugar de Nacimiento (pueblo, aldea)		Estado/Provincia		País		
Otros Nombres Usados (incluya nombre con apellido materno)						
# de Pasaporte		Fecha de emisión del Pasaporte		Fecha de Vencimiento del Pasaporte		
Celular		Teléfono de Casa		Correo Electrónico		
Dirección Actual en los E. U. (calle)		Ciudad		Estado		Código Postal
Dirección en su País de Origen		Ciudad		Estado		Código Postal
Estatura (Pies y Pulgadas)		Color de Ojos		Color de Cabello		Religión

LUGARES DONDE HA VIVIDO — por los últimos 10 años (por favor use una hoja extra si lo necesita) Presente a Pasado						
Dirección Exacta	# de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)

ACTUAL Y ANTERIORES MATRIMONIOS						
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Lugar y Fecha de Matrimonio		Número de Matrimonios incluyendo Este:		
Apellidos de su Conyugue o Pareja		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Lugar de Nacimiento de su Conyugue o Pareja		Ciudad		Estado/ Provincia		País
Fecha de Nacimiento de su Conyugue o Pareja (Mes, Día, Año)		Ciudadanía del Conyugue o Pareja		Estatus Legal en los E. U.		Lugar y Fecha en que su conyugue llegó a los E. U.
No. del Seguro Social de su Conyugue		A # del conyugue				

Información del Matrimonios Anteriores					
Apellidos de su Conyugue Anterior #1		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha del Matrimonio Anterior		Lugar del Matrimonio Anterior (Ciudad, Estado/ Provincia, País)			
Fecha de Culminación de Matrimonio		Lugar de Culminación de Matrimonio (Ciudad, Estado/ Provincia, País)			Legalmente divorciado?
Apellidos de su Conyugue Anterior #2		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha del Matrimonio Anterior		Lugar del Matrimonio Anterior (Ciudad, Estado/ Provincia, País)			
Fecha de Culminación de Matrimonio		Lugar de Culminación de Matrimonio (Ciudad, Estado/ Provincia, País)			Legalmente divorciado?

HIJOS — Lista de todos los hijos, incluyendo hijastros (Use otra hoja si es necesario)

(1) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			
(2) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			
(3) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			
(4) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			

HERMANOS — Lista de todos sus hermanos (as) incluyendo hermanastros (as) (use otra hoja si es necesario)

(1) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			
(2) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			
(3) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			
(4) Nombre	Estatus en los E. U.	#A	Número de Seguro Social
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad y Estado donde Nació	País donde Nació	Sexo (masculino, femenino)
Dirección si es diferente a la suya			

INFORMACIÓN SOBRE SUS PADRES

Papá	Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad donde Nació	Estado/Provincia donde Nació	País donde Nació
Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Defunción	Estatus en los E. U.	#A
Dirección del Padre (calle)	Ciudad	Estado/Provincia	Código Postal
Mamá	Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	Ciudad donde Nació	Estado/Provincia donde Nació	País donde Nació
Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Defunción	Estatus en los E. U.	#A
Dirección del Madre (calle)	Ciudad	Estado/Provincia	Código Postal
Alguno de sus Abuelos Nació en los E.U? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre
Si es así, donde?	Ciudad	Estado/Provincia	Fallecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

AFILIACIONES Mencione de todas las presentes/pasadas membresías en grupos de cualquier tipo:		
Nombre del Grupo y Lugar (Ciudad/Estado)	Desde	Hasta

EDUCACIÓN			
Tipo de escuela	Dirección	Asistió desde:	Hasta:
Escuela Primaria			
Escuela Secundaria			
Universidad			
Títulos Obtenidos			

HISTORIA CRIMINAL			
Alguna vez ha tenido contacto con la policía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Ha sido arrestado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha de Arresto	Lugar (ciudad, estado, país)	Naturaleza de la ofensa	Resultado

FAVOR CONTESTE SI O NO	
Salió usted de los Estados Unidos bajo una orden de deportación, exclusión, o remoción?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Salió usted los Estados Unidos después que se le otorgara salida voluntaria?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha sido usted ordenado deportado, excluído, o removido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se quedó más tiempo del indicado, después que se le otorgara salida voluntaria por un Juez de Inmigración?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Es usted beneficiario de una petición de visa aprobada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Recibe o ha recibido usted asistencia pública en los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si ha contestado Sí a alguna de las preguntas anteriores, favor explique:	