



ESTADO DE TENNESSEE
DEPARTAMENTO DE SALUD
Servicios de enfermedades contagiosas y del medio ambiente
Programa de Eliminación de la Tuberculosis

Fecha:

Estimado/a:

Le damos la bienvenida a Tennessee.

La División de Migración Global y Cuarentena (*Division of Global Migration and Quarantine*) nos ha notificado por medio de la **Oficina de Inmigración y Servicios de Seguridad de Aduana (*Bureau of Immigration and Customs Enforcement*)** que usted vive actualmente en _____ y que su patrocinador es _____.
(Calle, ciudad, código postal / Street, City, Zip code)
(Nombre del patrocinador, si está disponible / Sponsor's name, if applicable)

Con el fin de completar su proceso de inmigración, es necesario que usted se someta al examen médico de la tuberculosis (TB) que realiza el Departamento de Salud de Tennessee (*Tennessee Department of Health*). El Departamento de Salud debe realizar trámites administrativos acerca de su examen. La División de Migración Global y Cuarentena debe recibir notificación de los resultados y de si usted no acudió al Departamento de Salud para someterse al examen.

Le rogamos que llame al departamento de salud local a continuación para programar una cita:

Nombre del Departamento

de Salud: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Cuando acuda a la cita, lleve consigo esta carta, todas las radiografías y formularios médicos. Si usted se mudó a otro estado o reside en otro lugar, comuníquese con el departamento de salud antes mencionado.

Atentamente,

(Nombre / Name)

(Cargo / Title)