



US Department Of State

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE VISADO DE NO-INMIGRANTE

POR FAVOR, ESCRIBA A MAQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA EN EL RECUADRO DEBAJO DE CADA PREGUNTA.
 PUEDE UTILIZAR PAGINAS ADICIONALES SI NECESITA MAS ESPACIO PARA SUS RESPUESTAS

1. APELLIDO(S) (Indique todas las versiones)			2. PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE (Indique todas las versiones)			3. NOMBRE Y APELLIDOS (Idioma nativo)				
4. NOMBRE DE SU GRUPO ETNICO, CLAN O TRIBU (Si procede)				5. NOMBRE COMPLETO DEL CONYUGE (si está casado/a)						
6. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE				7. NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE						
8. NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA Y/O LA ORGANIZACIÓN DE CONTACTO EN LOS EE.UU. (incluya número de teléfono)										
9. ENUMERE LOS PAISES DE LOS QUE HA VISITADO O RESIDIDO EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS (Indique el año de cada viaje.)			10. ENUMERE LOS PAISES DE LOS QUE HA TENIDO NACIONALIDAD Y/O PASAPORTE.			11. ¿ALGUNA VEZ HA PERDIDO O LE HAN SUSTRAIIDO SU PASAPORTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
12. ENUMERE LAS DOS ULTIMAS EMPRESAS PARA LAS QUE HA TRABAJADO. NO INCLUYA PARA LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE.										
<u>Nombre de la Empresa</u>		<u>Dirección</u>		<u>Teléfono</u>		<u>Cargo</u>		<u>Nombre del Supervisor</u>		<u>Fechas de Empleo</u>
13. ENUMERE TODAS LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES SOCIALES O BENEFICAS A LAS QUE PERTENECE (HA PERTENECIDO), O CONTRIBUYE (HA CONTRIBUIDO) O CON LAS QUE TRABAJA (HA TRABAJADO).					14. ¿TIENE UD. CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS O HA RECIBIDO FORMACION EN EL MANEJO DE ARMAS DE FUEGO, EXPLOSIVOS O EXPERIENCIA CON MATERIALES NUCLEARES, BIOLOGICOS O QUIMICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique.					
15. ¿HA REALIZADO EL SERVICIO MILITAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa indique el Pais, Cuerpo, Rango, Especialidad y Fechas de Servicio.										
16. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO PARTICIPE EN O VICTIMA DE ALGUN CONFLICTO ARMADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, por favor, explique.										
17. INDIQUE TODAS LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS A LAS QUE HA ASISTIDO O ASISTE INCLUIDOS LOS DE FORMACION PROFESIONAL, EXCEPTO EDUCACION PRIMARIA.										
<u>Nombre de la Institución</u>			<u>Dirección y Teléfono</u>			<u>Curso</u>		<u>Fechas</u>		
18. ¿TIENE UD. UN PLAN DE VIAJE CONCRETO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
Si la respuesta es afirmativa, indique el itinerario completo de su viaje, incluyendo fechas de entrada y salida, información del vuelo, lugares que visitará y dónde puede ser localizado en cada lugar.										

Comunicados relativos a la ley de privacidad y de reducción del papeleo

Se estima que el tiempo necesario para rellenar este formulario es de una hora, cálculo que incluye el tiempo requerido para la búsqueda de datos existentes, la presentación de los datos exigidos, y la revisión final de la información del formulario. Ud. no esta obligado a facilitar la información a menos que figure en este formulario un número actualizado de la OMB. Envíe comentarios sobre la exactitud de este cálculo de tiempo, así como recomendaciones para reducir el tiempo necesario a: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, DC 20520.