

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____		Código Afiliado: _____
Nro. Documento: _____	Edad: ____	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa): __/__/____
Domicilio: _____		Localidad: _____
Correo: _____		Teléfono: _____
Peso: _____	Altura: _____	

COBERTURA MÉDICA

Cobertura de Salud Caja Forense	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Desde: __/__/____	Hasta: __/__/____
¿Tiene Ud. Actualmente Cobertura de Obra Social o Prepaga? CONSUMO ULTIMO AÑO	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Cual: _____	
¿Tiene certificado de discapacidad?	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>		
Otra: _____			

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Consumo de drogas Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Consumo de tabaco	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios (obesidad, anorexia, bulimia, otro) Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
¿Está bajo tratamiento con algún tipo de medicamento? Droga y Dosis: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares (enfermedades genéticas o hereditarias, cáncer u otra) Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes neuronales o psiquiátricos Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Alteraciones visuales, miopía (dioptrías), astigmatismo, cataratas, glaucomas, córnea o ¿usa anteojos? Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de nariz, gargata, oído u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Alteraciones glandulares, tiroides, diabetes, ¿usa insulina? u otras alteraciones metabólicas Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Angina de pecho, soplo, infarto, arritmias, hipertensión arterial, varices, aneurismas u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Alteraciones digestivas o hepáticas, úlceras, gastritis, enfermedad celiaca, intolerancia a la lactosa, alergias u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre, anemia, leucemia, linfoma, problemas de coagulación, hemofilia, síndrome antifosfolípido u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Alteraciones renales, en vejiga, prostata, infecciones genitales u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades infectocontagiosas (HIV, venéreas, tuberculosis, lepra, hepatitis, etc) Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel, psoriasis u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Discapacidades (sensorial, motriz, intelectual, etc) Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Afecciones musculares, articulares, osea, artrosis, osteoporosis, hernia de disco, escoliosis u otras Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes de cirugías realizadas Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>

Fuera de lo anterior ¿En los dos últimos años?

¿Ha realizado un chequeo, consulta médica o tenido una enfermedad, lesión o cirugía? Cual: _____ Motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? Cual: _____ Motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>

¿Se ha realizado electrocardiograma, rayos-X, laboratorio u otra prueba de diagnóstico? Cual: _____ Motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
¿Se le ha indicado una práctica diagnostica para una intervención quirúrgica que no fue realizada? Cual: _____ Motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
¿Se le ha indicado una práctica y/o estudio diagnostico para una definición de tratamiento que aun no ha comenzado? Cual: _____ Motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>

MUJERES

¿Se encuentra embarazada? FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN __/__/____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Embarazos previos: Nro. de embarazos: __ Nro. de partos: __	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Tratamientos ginecológicos realizados Detalle: _____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Prótesis mamaria, nódulos, quistes o tumores de mama Detalle: _____ Fecha: __/__/____	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Tratamiento de fertilidad	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>

Declaro que las respuestas dadas son ciertas y completas a mi mejor saber y entender. Declaro además estar de acuerdo en que sean consideradas como base para la cobertura previsional.

__/__/____

Fecha

Firma, aclaración y DNI

INFORME DE AUDITORIA MÉDICA

Se solicitan ampliaciones de Historia Clínica, estudios previos, exámenes complementarios realizados relacionados con la patología declarada y evaluación de documentación aportada. (Ampliar información en hoja extra y adosarla)

__/__/____

Fecha

Firma Medico Auditor

Se fijan carencias

Ingresa sin carencias o preexistencias o con carencias reglamentarias.

Toda declaración falsa o reticencia en la información proporcionada en esta ficha por parte del postulante faculta a la Caja Forense de la 2da. Circunscripción Judicial a no prestar la cobertura reglamentaria relacionada con el falseamiento u ocultación sin perjuicios de lo dispuesto en el art. 16 de la ley que regula la Institución o el que en el futuro lo sustituya.

Firma, aclaración y DNI