CajaForense
2° Circunscripción Judicial de Santa Fe

FICHA DE ADMISION v.7

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 ☐ - NO ☐	Desde: __ /__ / ____	Hasta: __ /__ / ____
¿Tiene Ud. Actualmente Cobertura de Obra Social o Prepaga? CONSUMO ULTIMO AÑO	SI ☐ - NO ☐	Cual: _____	
¿Tiene certificado de discapacidad?	SI ☐ - NO ☐		
Otra:_____			

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

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

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 ☐ - NO ☐
¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? **Cual:**_____ **Motivo:** _____	SI ☐ - NO ☐

CajaForense
2° Circunscripción Judicial de Santa Fe

FICHA DE ADMISION V.7

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

MUJERES

¿Se encuentra embarazada? **FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN** ___/____/_____	SI ☐ - NO ☐
Embarazos previos: **Nro. de embarazos:** ___ **Nro. de partos:** ___	SI ☐ - NO ☐
Tratamientos ginecológicos realizados **Detalle:**_____	SI ☐ - NO ☐
Prótesis mamaria, nódulos, quistes o tumores de mama **Detalle:**_____ **Fecha:** __ /__ /____	SI ☐ - NO ☐
Tratamiento de fertilidad	SI ☐ - NO ☐

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

El adherente, acepta los términos y condiciones de los reglamentos, los que conoce y consiente. Y cuyas copias recibe en este acto