



CAJA FORENSE
PROVINCIA DE LA PAMPA

DECLARACION



CAJA FORENSE
PROVINCIA DE LA PAMPA

I. DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido		Fecha de Nacimiento
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal
Documento (Tipo y N°)	Ocupación	
Fecha de Ingreso	Código del Profesional	Capital Asegurado

II. DATOS GENERALES

1) Altura <input type="text"/> cms.	Tensión Arterial <input type="text"/> Max.	¿Fuma Usted? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Peso <input type="text"/> Kgs.	<input type="text"/> Mín.	Cigarrillos por día <input type="text"/>
2) ¿Ingiere algún medicamento en la actualidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cuál y por qué _____		
3) ¿Presenta algún defecto físico, auditivo o visual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cuál y estado actual _____		
¿Es zurdo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

III. DATOS SOBRE ENFERMEDADES

4) ¿Ha sufrido o sufre actualmente de:	Si	No
- Fiebre a intervalos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Repetidos ataques de diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enfermedades dermatológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tos u otras enfermedades graves de las vías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hepatitis B o enfermedades transmisibles por contacto sexual (sífilis, gonorrea, SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha sido rechazado como donante de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se ha inyectado alguna vez drogas no prescriptas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sudoración nocturna persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha consumido alguna vez estupefacientes y/o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cuál y estado actual _____		
6) ¿Han habido en su familia enfermedades de posible carácter hereditario (cáncer, diabetes, hipertensión arterial, etc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique cuales y qué familiar las padeció _____		

IV. DATOS SOBRE INTERNACION Y ESTUDIOS

6) ¿Ha sufrido algún accidente o herida, o ha sido sometido a alguna operación quirúrgica? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique en que consistió y fecha _____

7) ¿Le han realizado análisis clínicos, radiografías, electrocardiogramas u otro estudio diagnóstico en los cuales hayan surgido anormalidades?

Si ☐ No ☐ ¿Cuáles? _____

V. DATOS SOBRE ESTADO ACTUAL DE SALUD

8) ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? Si ☐ No ☐

Indique tipo de tratamiento y causa _____

Indique nombre del médico tratante, dirección y teléfono _____

¿Concurre actualmente en forma diaria a sus tareas habituales? Si ☐ No ☐

En caso negativo indique por qué _____

VI. PERSONAS DE SEXO FEMENINO

9) ¿En caso de ser mujer:

¿Ha sufrido o sufre trastornos del aparato genital o mamas? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique cuales y tratamiento _____

¿Está usted embarazada? Si ☐ No ☐ ¿De cuántos meses?

¿Sus partos han sido normales? Si ☐ No ☐

Declaro que las respuestas contenidas en este formulario son verídicas, precisas y completas.

Autorizo a los médicos que me han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes sobre mi salud o enfermedades padecidas por mí.

Lugar _____

Fecha ____ de ____ de ____

Firma del Afiliado