

## DECLARACIONES DE SOLICITANTE AL MEDICO EXAMINADOR.

**SOLICITANTE: Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Unido de hecho ☐

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Documento (Tipo y número):** \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Por favor, conteste a su mejor saber y entender todas las siguientes preguntas:**

**1.a.** Nombre y dirección de su médico particular (si no tiene, último consultado) \_\_\_\_\_

**b.** Fecha y motivo de la última consulta \_\_\_\_\_

**c.** ¿Qué tratamiento o medicación se indicó? \_\_\_\_\_

**2** ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:

Si No

**a.** Enfermedades o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta ☐ ☐

**b.** Mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, enfermedades de tipo mental o nerviosa? ☐ ☐

**c.** Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemóptisis, bronquiopneumía, asma, enfisema, tuberculosis o enfermedades de sistema respiratorio? ☐ ☐

**d.** Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos u otra enfermedad del sistema cardiovascular? ☐ ☐

**e.** Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier otra enfermedad de estómago, intestinos, hígado o vesícula? ☐ ☐

**f.** Azúcar, albumina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato genital? ☐ ☐

**g.** Diabetes, enfermedad de la tiroides u otras glándulas endocrinas? ☐ ☐

**h.** Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo incluyendo la columna, espalda y articulaciones? ☐ ☐

**i.** Alguna deformidad, cojera o amputación? ☐ ☐

**j.** Enfermedades de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer? ☐ ☐

**k.** Alergias, anemia u otra enfermedad de la sangre? ☐ ☐

**l.** Ha bebido alcohol en exceso? ¿Fue necesario tratarlo? ☐ ☐

**3.** ¿En la actualidad, fuma usted o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? (en caso afirmativo, de detalles; ¿cuántos al día?) ☐ ☐

**4.** ¿Durante los últimos 10 (diez) años ha usado LCD, heroína, marihuana, cocaína, barbitúricos o cualquier droga narcótica, o ha sido tratado por abuso de drogas? ☐ ☐

**5.** ¿Está usted actualmente sometido a observaciones, tratamiento o medicación por alguna enfermedad? ☐ ☐

**6.** ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento o hacer cualquier prueba médica? ☐ ☐

Observaciones:(indicar el número y letra del ítem y los comentarios que correspondan)

		Si	No	Observaciones:(indicar el número y letra del ítem y los comentarios que correspondan)
7.a.	¿Tuvo alguna enfermedad física o mental aparte de las mencionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	¿Ha tenido alguna revisión, consulta, lesión u operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	¿Ha sido paciente en hospital, clínicas, sanatorio u otro establecimiento médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	¿Ha sido sometido a electrocardiograma, rayos X u otro tipo de análisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no se hubiera realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar por deficiencia física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnización por incapacidad de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea, renal o mental (incluido suicidio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.1	Estatura: <input type="text"/> m. <input type="text"/> cm.      2. Peso vestido: <input type="text"/> kgs.			
	3. Presión arterial: Máxima: <input type="text"/> Mínima: <input type="text"/>			
12.	¿Ha tenido cambios en su peso los últimos 12 meses?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Aumento: <input type="text"/> kgs.      Disminución: <input type="text"/> kgs.			
13.	¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, hepatitis "B", etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	¿Ha sido diagnosticado que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo de Enfermedades Derivadas del SIDA (ARC), o exámenes con resultados que indiquen que ha estado expuesto al virus (HIV positivo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	¿Tiene usted algunos de estos síntomas sin explicación:fatiga, pérdida de peso, diarrea crónica, ganglios inflamados o extrañas lesiones en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Si la solicitante es mujer:			
a.	¿Ha tenido trastornos serios en la menstruación, embarazos, genitales o pechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Si está usted embarazada, ¿Ha tenido problemas en su gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	¿Tiene usted medicina prepaga u obra social? por favor indique cuál y su número.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>			

DECLARO bajo juramento que las respuestas anteriores son completas y verdaderas y forman parte de la solicitud de Afiliación a la Caja Forense de La Pampa y AUTORIZO, dentro de los límites legales, a solicitar informes acerca de mí salud.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Examinador



**Análisis de Orina y  
Examen microscópico.**  
(Informe del Bioquímico)



**Radiografía de torax.**  
(Informe del radiólogo)



**Electrocardiograma.**  
(Informe del cardiólogo)



**Análisis del HIV.**  
(Informe del médico)

# INFORME CONFIDENCIAL DEL MEDICO EXAMINADOR

¿Desde cuándo conoce Ud. al Afiliado? \_\_\_\_\_

¿Es paciente o familiar suyo? \_\_\_\_\_

**Por favor mida y pese al afiliado Ud. mismo**

**Comentarios**

18.a Estatura (calzado)	Peso (vestido)	Pecho (expir. forzada)	Pecho (insp. total)	Abdomen (sobre ombligo)	

**b.**¿El solicitante es de aspecto enfermizo o aparenta más edad de la real? Si ☐ No ☐

**19.Presión arterial** (si la sistólica es superior a 140 o la diastólica a 90, dos veces más)

	DESCANSO	ESFUERZO	DESPUES 5 MIN.
Sistólica			
Diastólica (5° fase)			
<b>20.Pulso:</b> Frecuencia p.m.			
Irregularidad p.m.			

**21.Corazón:** Hay hipertrofia Si ☐ No ☐ Disnea Si ☐ No ☐

Soplo\* Si ☐ No ☐ Edema Si ☐ No ☐

\* A continuación describa soplos - si hay más de uno - separadamente

Situación soplo/s	Constante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Incostante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Irradiado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Localizado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Sistólico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Presistólico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Diastólico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Suave (1-2°)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Moderado (3-4°)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Fuerte (5-6°)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Se acentúa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Desaparece	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Sin cambios	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Se atenúa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

22. ¿Se detectó en el examen físico alguna anormalidad? (subraye el tema y detalle)

a. Ojos, oídos, boca, nariz, faringe, (si la vista o el oído están afectados, indique el grado de corrección) \_\_\_\_\_

b. Piel, ganglios linfáticos, arterias periféricas o venas varicosas \_\_\_\_\_

c. Sistema nervioso (incluye reflejos, forma de andar, parálisis) \_\_\_\_\_

d. Aparato respiratorio \_\_\_\_\_

e. Abdomen (incluye cicatrices) \_\_\_\_\_

f. Aparatos genitourinario (incluye próstata) \_\_\_\_\_

g. Sistema endócrino (incluye tiroides y senos) \_\_\_\_\_

h. Aparato locomotor (incluye columna, articulaciones, deformaciones) \_\_\_\_\_

23. ¿Hay alguna hernia? \_\_\_\_\_

24. ¿Tiene Ud. conocimiento del historial médico adicional? \_\_\_\_\_

25. Análisis de orina: Densidad:  Albúmina:  Glucosa:

**Envíe la muestra a un laboratorio para examen microscópico en los siguientes casos:**

- a) A instancia de la Caja Forense.
- b) La presión arterial es superior a 140/90
- c) La presión arterial es superior a 140/90
- d) Si observa alguna anormalidad en la muestra
- e) Si hubiera albúmina o glucosa en la orina, o diabetes en la familia
- f) Antecedente de enfermedades de riñón, próstata, vejiga (aparato genitourinario)

26. ¿Conoce Ud. o sospecha alguna anomalía en cuanto a la salud, carácter o costumbres del afiliado, que no se haya indicado? Si ☐ No ☐

## DICTAMEN FINAL

El estado general se puede resumir como: Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Examen médico realizado el día: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a las \_\_\_\_ hs.

Localidad: \_\_\_\_\_

en: Lugar de trabajo ☐ Domicilio del afiliado ☐ Consultorio del médico examinador ☐ Otro ☐

Observaciones :

\_\_\_\_\_  
Firma del médico examinador

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado en  
prueba del examen

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico examinador

\_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del médico examinador

