



Caja Forense de La Pampa
SOLICITUD DE AFILIACION



----- AFILIACION ----- REAFILIACION

Santa Rosa, [] de [] de [] .-

Señor Presidente:

Solicito mi afiliación a la Caja Forense de Abogados de La Pampa en razón que, por el ejercicio de mi profesión en esta provincia, me encuentro comprendido obligatoriamente en el régimen previsional establecido por la ley 1861.

Declaro bajo juramento los siguientes datos, comprometiéndome a informar los cambios dentro de los 30 días de producidos:

1.- DATOS PERSONALES DEL AFILIADO.

Código Afiliado:

Apellido(s): []

Nombre(s): []

Fecha Nacimiento [] Sexo: [] Nacionalidad: []

Tipo Documento: [] .Nº: []

C.U.I.T/ C.U.I.L/ C.D.I Nº: []

Condición I.V.A.: [] Ing.Brutos []

Fecha Inscripción Colegio de Abogados : [] Tomo [] Folio []

Universidad: []

Fecha Expedición de Título []

Estado Civil: []

2.- DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

	Nombre(s) y Apellido(s)	Incapaci- tado Si o No	Sexo	Fecha Nacimiento	Documento	
					Tipo	Número
Cónyuge						
Hijos						

	Nombre(s) y Apellido(s)	Estan a su Cargo Si - No	Vive si-no	Fecha de Nacimiento	Documento	
					Tipo	Número
Padre						
Madre						

3.- DOMICILIO REAL Y PROFESIONAL

DOMICILIO REAL

Calle: .Nº

Localidad: Código Postal: Provincia:

Teléfono: Código Area: Número:

DOMICILIO PROFESIONAL

Calle: Nº

Localidad Código Postal: Provincia:

Teléfono: Código Area: Número

4.- CORREO ELECTRONICO

Dirección: @

5.- SEGURO DE VIDA

Compañía(s) Aseguradora

6.- OBRA SOCIAL

Nombre Obra Social:

TITULAR: AFILIADO ☐ CÓNYUGE ☐ PADRE/MADRE ☐

GRUPO FAMILIAR CUBIERTO:

AFILIADO ☐

CONYUGE ☐

HIJOS MENORES ☐

HIJOS MAYORES ☐

DETALLAR NOMBRE

PADRE ☐

MADRE ☐

OTROS ☐

DETALLAR NOMBRE PARENTESCO

7.- REGIMENES PREVISIONALES

Detalle de los regímenes previsionales en los que estuve y/o estoy comprendido:

REGIMEN	DESDE	HASTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Saludo a Ud. muy atentamente.-

.....
FIRMA



CAJA FORENSE
PROVINCIA DE LA PAMPA

DECLARACION JURADA DE SALUD



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"/> Min.	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 prescritas?	<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 ESPECIALES

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 anomalías?

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 bajo juramento 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 informen sobre mi salud o enfermedades padecidas por mí.

Lugar _____

Fecha ____ de ____ de ____

Firma del Afiliado