

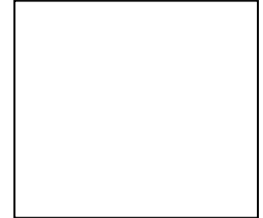
**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR A LOS FINES DE OBTENER LA
CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN:**

- 1) UNA FOTO CARNET 4X4.
- 2) UNA COPIA DEL TÍTULO DE PROCURADOR/A O ABOGADO/A
CERTIFICADA ANTE ESCRIBANO/A PÚBLICO.
- 3) UNA COPIA SIMPLE DEL DNI.
- 4) FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN.
(INCORPORADO AL PRESENTE ARCHIVO)
- 5) FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD.
(INCORPORADO AL PRESENTE ARCHIVO)
- 6) EXAMEN MÉDICO.
(INCORPORADO AL PRESENTE ARCHIVO – SIEMPRE QUE LA/
EL INTERESADA/ O SEA MAYOR A 41 AÑOS DE EDAD)



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



CAJA FORENSE
PROVINCIA DE LA PAMPA

Examen Médico



CAJA FORENSE
PROVINCIA DE LA PAMPA

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):** _____
Dia 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:

a. Enfermedades o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta Si No

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, bronquiopneumonía, 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)

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

	Si	No
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 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)			
20. Pulso: 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 No

 - Incostante Si No

 - Irradiado Si No

 - Localizado Si No

 - Sistólico Si No

 - Presistólico Si No

 - Diastólico Si No

 - Suave (1-2°) Si No

 - Moderado (3-4°) Si No

 - Fuerte (5-6°) Si No

 - Se acentúa Si No

 - Desaparece Si No

 - Sin cambios Si No

 - Se atenúa Si No

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



CAJA FORENSE
PROVINCIA DE LA PAMPA